ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt VI.

za rok 1895.

TREŚĆ:

KRAKÓW.

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

1896.

ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt VI.

za rok 1895.

TREŚĆ:

KRAKÓW.

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

1896.

Kraków, 1896. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewic

LX. Posiedzenie (administracyjne) z dnia 8 stycznia 1895 r.

Przewodniczący: Kol. Prof. Dr. H. Jordan Obecnych członków 8.

Porządek dzienny:

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Kośmiński przedstawił płód i popłód pochodzący od kobiety, która poroniła w oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu Ś-go Łazarza. Kol. Kośmiński zwraca uwagę na dziwny kształt łożyska. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że mamy przed sobą macicę, albo nowotwór n. p. włókniaka. Przy bliższem badaniu widzimy, że guz od zewnątrz pokryty jest błoną owodnią, że w pewnem miejscu odchodzi pępowina, w jednym końcu guza znajdujemy otwór, przez który wprowadzić można palec do rodzaju kieszonki idącej aż do szczytu guza, ściany kieszonki są nierówne. Zatem nie jestto nic innego, jak mocno wynicowane łożysko.

Kol. Rosner sądzi, że jestto najwyższy stopień wynicowania łożyska podczas jego wydalenia, jak to opisuje Schultze, że tu wydalenie trwało dłuższy czas, a co jest dziwne, że to łożysko nie da się z powrotem wynicować, co w każdym innym razie jest łatwą rzeczą, to zaś łożysko wygląda, jakby było w tej formie stwardnione.

Kol. Mars radzi, aby łożysko to stwardnić i badać drobnowidowo, biorąc skrawki z różnych miejsc, w ten sposób sprawa się wyjaśni.

3) Kol. Braun. Jako sekretarz administracyjny zdał sprawę ze swych czynności. Wspomniał o obesłaniu wystawy we Lwowie. Koszta obesłania wyniosły sumę 7 złr. Roczników Dyrekcya wystawy dotychczas nie zwróciła.

Wydano rocznik za rok 1893 i rozesłano członkom.

Rozesłano też rocznik redakcyom pism lekarskich polskich.

Towarzystwo liczy 18-tu członków czynnych i 21 korespondentów.

4) Kol. Cercha jako sekretarz naukowy zdaje sprawę i wspomina, że upłynęło właśnie pięć lat od założenia Towarzystwa. W tym okresie czasu rozwijało się ono, jak to wykazują sprawozdania prawidłowo a nawet pomyślnie nie doznając niepowodzeń.

Pierwsze dni ubiegłego roku zadały Towarzystwu cios bardzo ciężki przez śmierć nieodżałowanej pamięci profesora Madurowicza założyciela, i pierwszego prezesa Towarzystwa.

Pamięć zmarłego uczczono przez wzięcie udziału w pogrzebie, przez umieszczenie biustu w sali posiedzeń, przez okazanie żałoby w roczniku z r. 1893 a pozostaje jeszcze do wykonania zbiorowe wydanie pracy Jego poświęconej cieniom w myśl wniosku kol. Marsa.

W roku 1894 Towarzystwo też rozwijało się pomyślnie, a biblioteka którą otrzymało Towarzystwo w darze po ś. p. Madurowiczu stanowić może ważną chwilę w jego rozwoju. Myśl kolegi Przewodniczącego odbywania posiedzeń w klinice położniczej weszła w czyn i przyczyniła się przez możność dokładniejszego badania chorych i łatwiejszego przedstawienia na raz większej ich liczby do ożywienia dyskusyi, te posiedzenia właśnie w klinice były najwięcej ożywione; omawiano na nich sprawę operacyjnego leczenia zboczeń w położeniu macicy w ogólności i różne jego metody, sprawę operacyjnego leczenia przewlekłych zapaleń części dodatkowych, kol. Przewodniczący mówił o nowym przez siebie podanym sposobie leczenia operacyjnego opadnięcia jajników.

Na VII-my zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie podało Towarzystwo ze swej strony tematy do referatów, członkowie Towarzystwa wzięli w nim czynny i liczny udział, a w sekcyi ginekologicznej odczyty ich i referaty stanowiły znaczną część prac sekcyi.

W tym roku zyskało Towarzystwo jedenastu członków korespondentów. Owocem wreszcie pracy naukowej jest rocznik za r. 1894, którego treść świadczy, że Towarzystwo i w tym roku zadanie swoje sumiennie spełniło.

Przemilczeć nie można, że, jak lat poprzednich, tak i w tym roku, materyału na posiedzenia dostarczały przeważnie, klinika położniczo-ginekologiczna i oddział położniczo-ginekologiczny Szpitala Ś-go Łazarza.

5) W zastępstwie podskarbiego zdaje sprawozdanie kasowe kol. Cercha.

6) Przystąpiono do wyboru Wydziału na rok 1895.

Na ośmiu głosujących na Przewodniczącego otrzymał kol. Mars sześć głosów a kol. Jordan 2 głosy.

Kol. M a r s dziękuje kolegom za zaufanie, lecz oświadcza stanowczo, że wyboru nie przyjmie, gdyż sądzi, że rozwój Towarzystwa wtedy tylko jest możliwy, jeżeli przewodnictwo spoczywa w rękach członka rozporządzającego odpowiednim materyałem, a na poparcie tego przytacza, że w zagranicznych towarzystwach także rzecz ma się podobnie, ze względu więc na dobro Towarzystwa nie może przyjąć wyboru.

Gdy, mimo przemówień kol. Przewodniczącego i kol. Rosnera, którzy wykazują, że zapatrywanie kol. Marsa nie jest słuszne, tenże stanowczo się zrzeka, w drugiem głosowaniu wybrano Przewodniczącym kol. Prof. Jordana.

Zastępcą Przewodniczącego wybrano kol. Prof. Marsa.

Sekretarzem administracyjnym kol. Doc. Brauna.

Sekretarzem naukowym kol. Cerchę.

Ponieważ kol. Kohn, który przez lat 5 sprawował urząd skarbnika, jeszcze przed posiedzeniem oświadczył, że wobec licznych zajęć, urzędu skarbnika nadal stanowczo pełnić nie może, przeto wybór skarbnika Tow. padł jednogłośnie na kol. Kośmińskiego. Na tem zakończono posiedzenie.

LXI. Posiedzenie z dnia 22 stycznia 1895.

Przewodniczący: Kol. Prof. J o r d a n. Obecnych członków 8.

Porządek dzienny:

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. K o ś m i ń s k i jako podskarbi przedstawia jeszcze raz dokładny bilans Towarzystwa, z którego wynika, że stan majątkowy Towarzystwa wynosi 421 złr. 97 kr., w kasie zaś gotówką jest 61 złr. 97 kr.

3) Kol. Ś w i t a l s k i przedstawił ciekawy wypadek wady rozwojowej macicy. Osoba ta ma lat 22. Pierwszy peryod i następnych kilka odbywały się prawidłowo. Od pewnego czasu nie miesięczkuje, ma natomiast co miesiąc znaczne bóle (*molimina menstrualia*). — Badanie wykazuje: Części rodne zewnętrzne i pochwa bez zmian, natomiast część pochwowa dziewicza, ale szersza, w niej wybadać można dwa ujścia zewnętrzne w postaci dwóch okrągłych dołków, dalszy ciąg macicy nie powiększony w sklepieniu przedniem. Trzon rozdzielony jest na dwa jakby

rogi nie zbyt głębokim dołkiem. Części dodatkowych wybadać nie można. Zgłębnik wprowadzony do każdego ujścia z osobna wykazuje, że długość macicy wynosi prawie 7 cm. Dwa zgłębniki wprowadzone razem, każdy do osobnego ujścia nigdzie się nie spotykają bezpośrednio. Mamy więc przed sobą macicę podzieloną przegrodą i dwurożną *(uterus bicornis septus)*.

4) Kol. Przewodniczący przedstawił kobietę w 4 miesiącu ciąży, która o stanie tym nic nie wiedziała, z rzadką zmianą w pochwie tj.: *kolpohyperplasia cystica.* Przy badaniu palcem uderza to, że w górnej $^1/_3$ części pochwy i to przeważnie na prawo wybadać można było nierówności — jakby blizny i wyrośle, nadto osoba ta miała bardzo znaczne upławy. Po założeniu wziernika można było stwierdzić, że te wyrośle są to pęcherzyki sinawej barwy, a skoro się taki pęcherzyk końcem nożyka przekłuje, to powstaje charakterystyczny dosyć wyraźny szelest, syk, jak to opisują Winkel i Zweifel. Aby upławy te, jak twierdzą ci autorowie, miały być pieniste, tego kol. Przewodniczący nie stwierdził. Nie wdaje się też w genezę tego zboczenia, bo nie chce się powtarzać wobec nawału materyału.

5) Kol. Rosner przedstawił dwa wypadki z patologii dróg moczowych niewieścich. Jeden dotyczy p. p. K. K. l. 42 zamężnej z Wasilkowic. Wywiady w tym przypadku są zestawieniem cierpień, na jakie wystawiona jest chora z przetoką moczową. Nabyła ją podczas pierwszego ciężkiego porodu kleszczowego, który się odbył przed 2 laty. W 6 tygodni zgłosiła się celem leczenia, a w 10 tygodni po porodzie była operowaną przez kol. Skałkowskiego we Lwowie. W 4-tym dniu po operacyi miała dostać krwotoku (według jej opowiadania) tak, że usunięto szwy. Druga operacya odbyła się w 5 tygodni po pierwszej i tym razem miało wystąpić silne krwawienie tak, że dnia 5-go usunięto szwy. Operowaną była poraz trzeci przez kol. Skałkowskiego i Festenburga tym razem szczęśliwie tak, że mocz przestał odchodzić bezwiednie a pacyentka była przez przeszło rok zdrową. Po upływie roku zaczęły odchodzić z pęcherza kamienie i przetoka dobrowolnie otwarła się znowu w jesieni zeszłego roku. Wkrótce potem poddała się czwartej operacyi we Lwowie bez skutku. Do kliniki zgłosiła się 15 grudnia 1894 r. Wówczas stan obecny przedstawiał się jak następuje:

Osoba mała, źle zbudowana, przez powłoki nie można wybadać nic nieprawidłowego. Przedsionek zniekształtniony przez liczne blizny częścią na międzykroczu, częścią po bokach wejścia do pochwy. W przedsionku nie ma ujścia cewki moczowej. Tworzy ona wraz z wejściem do pochwy wspólny bliznowaty otwór tak wązki, że wskazujący palec przechodzi przezeń tylko

z trudnością. Ból przy tego rodzaju badaniu jest tak znaczny, że trzeba się było uciec do narkozy. Badanie w uśpieniu poucza, że cewki jako przewodu brak, z powodu ubytku w przedniej ścianie pochwy. Nadto do pęcherza znachodzi się jeszcze jeden osobny otwór bliznami do koła otoczony. Z całej przedniej ściany pochwy pozostał postronek grubości gęsiego pióra idący poprzecznie i oddzielający dużą przetokę pęcherzowo-cewkowo-pochwową od przetoki pęcherzowo-pochwowej. Ujścia zewnętrznego macicy pomiędzy bliznami wybadać nie można. Macica nie wielka leży poziomo. Wobec tego stanu rzeczy nie było mowy o operacyjnem zwykłem leczeniu przetoki, lecz można było myśleć o operacyi Rosego lub Rydygiera. Ale, że operacya Rosego naraża chorą na smutne następstwa przejścia kału do pochwy, operacya zaś Rydygiera o ile temu zapobiega, w ogóle wymaga dobrego dostępu do pola operacyjnego, co w naszym przypadku uzyskać się nie dało, przeto od tych myśli należało odstąpić. Prof. Jordan nie chciał się wszakże zdecydować na odebranie wszelkiej nadzieji wyleczenia przygnębionej swojem nieszczęściem pacyentce i dlatego postanowił drogą operacyjną, jeśli niezupełnie wyleczyć, to przynajmniej poprawić stan pacyentki. Wybrał do tego celu zabieg niedawno przez Otta opisany i był łaskaw polecić mi wykonanie go, za co Mu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

Zabieg ten polega na częściowem zamknięciu wejścia do pochwy w przedsionku przez pierścieniowate dokoła tego wejścia idące okrwawienie, z pozostawieniem jednak wąskiego $1\frac{1}{2}$ cm. szerokości mającego nieokrwawionego paska w miejscu dawnej cebulki moczowej i dawnego ujścia cewki moczowej. Od tego miejsca prowadzi się dwa okrwawienia ku górze równoległe pozostawiające między sobą wolną nieokrwawioną powierzchnię na $1\frac{1}{2}$ cm. szeroką a wychodzące z końców okrwawienia dokołapochwowego tak, że całe okrwawienie ma kształt podkowy.

Te dwa równoległe okrwawienia idą po wewnętrznej stronie warg mniejszych aż do miejsca połączenia się tych warg tj. do więzadełka łechtaczki. Wolna między niemi przestrzeń to przyszłe światło cewki moczowej nowej. Pozostaje tylko założenie szwów, które według Otta mogą być jedwabne i leżeć w 2 piętrach.

Zabieg wykonałem 12 stycznia tj. przed 10 dniami, a więc o ostatecznym wyniku mówić nie można na pewne. Szwy wyjęto wczoraj, przyczem nie zauważono żadnego otworu w ranie. Dziś dopiero spostrzegłem w dole rany mały otwór, z którego sączy się mocz (otwór wielkości grochu), który jednak, mam nadzieję, przez nowe okrwawienie i zeszycie łatwo się zagoi. Aczkolwiek osta-

teczny skutek zabiegu jest kwestyą przyszłości, to jednak zajmującym jest ten szczegół, że już od 5 dnia po operacyi (przedtem leżał cewnik komornem) mocz zatrzymywał się do godziny, a potem pacyentka oddawała co prawda nie wielką jego ilość, dobrowolnie. Od kilku dni stan ten skutkiem niemiłego powikłania pogorszył się, a to powikłanie stało się też przyczyną, że po wyjęciu szwów w jednem miejscu rana się nie zgoiła. Pacyentka mianowicie ma obecnie bronchopneumonię kataralną w prawem płucu i przy silnym kaszlu nie utrzymuje moczu, jednak zatrzymuje go w dłuższych między napadami kaszlu przerwach. Na czem polega ta zdolność zatrzymania moczu i czem ją tłómaczyć, nie wiem. Czy ściany wązkiego nowego przewodu specyalnie na miejscu odcięcia się jego od pochwy koło dolnego brzegu spojenia nie przylegają do siebie i czy się nie rozstępują dopiero pod wpływem silnego parcia? Chociażby zresztą i tej zdolności zatrzymania moczu nie było można ją według propozycyi Otta uzyskać ucisnąwscy pelotą nowy przewód cewki do spojenia łonowego.

Druga pacyentka M. P. ma mieć lat 45, jest stanu wolnego, pochodzi z Mogiły. Stan jej umysłu, jak to miał sposobność stwierdzić kol. Kośmiński, nie jest prawidłowy, to też pierwotne wywiady były bardzo niejasne.

Jak koledzy będziecie mieli sposobność stwierdzić u pacyentki tej, przegroda cewkowo-pochwowa jako przegroda nie istnieje, tylko cewka z pochwą tworzy wspólny przewód, a dawna przegroda zwisa jako dwa płatki, z których lewy większy, do przewodu pochwy. Palec wprowadzony do dróg rodnych idzie przeto tym wspólnym przewodem aż do miejsca jakby bifurkacyi, której granicę tworzy przegroda pęcherzowo-pochwowa a drogi rozchodzą się wprost na dół, a raczej do pochwy i ku górze do pęcherza moczowego. Górna trzecia część pochwy powyżej bifurkacyi jest prawidłowa, sklepienia prawidłowe. Część pochwowa i ujście dziewicze, trzon macicy nie powiększony leży w tylnem sklepieniu i jest ruchomy. Tuż za otworem wiodącym do pęcherza czuć jeszcze postronek z błony śluzowej. Ten stan pacyentki wobec tego, że niewątpliwie nie rodziła, a więc nie przebywała żadnego zabiegu położniczego, który jak np.: wypatroszenie ostrem narzędziem mógłby ostatecznie takie zmiany sprowadzić, nasuwał nam na myśl dwie. możebności:

1-o rzecz ta mogła być wrodzoną i być wysokiego stopnia „hypospadią“ niewieścią z ujściem pęcherza do pochwy.

2-o mogła powstać przy gwałtownem spółkowaniu, a mianowicie przy wprowadzeniu prącia do przewodu cewki. Tymczasem pierwsze przypuszczenie wyklucza już ten fakt, że nie mo-

żność utrzymania moczu trwa dopiero od kilku lat, drugi szczegół, że nie miała stosunku z mężczyzną o ile w to wierzyć można, a jak zobaczymy wobec zwierzeń pacyentki rzeczywiście można. Otóż wywiady, które mogłem zebrać dopiero po uzyskaniu zaufania pacyentki wykazują, że już od dłuższego czasu, bo już od 20 r. życia oddaje się zapamiętale onanii, którą uskutecznia niezwykłym bądź co bądź instrumentem, bo kluczem od skrzyni, kluczem dużym, który wprowadza do pochwy częścią jego zamkową. Zeznaje przytem, że raz przy użyciu klucza, a raz przy użyciu patyczka, do którego udać się musiała wobec chwilowego braku klucza, wystąpił ból i krwawienie. Nie da się a priori wykluczyć przypuszczenie, że raz klucz ten mógł być wprowadzony przez cewkę do pęcherza aż po za zwieracza, wtedy zwieracz mógł się skurczowo zamknąć, a przy użyciu pewnej siły mogło przyjść do podobnego obrażenia. U pacyentki tej jest zamiar na drodze plastycznej zamknąć cewkę, co prawdopodobnie nie będzie natrafiać na wielkie trudności.

Następuje przedstawienie chorych (autoreferat).

6) Kol. Przewodniczący okazał kleszczyki Richellota z fabryki paryskiej Matieu i nożyczki i zachwala bardzo użycie tych szczypczyków przy wyłuszczeniu macicy przez pochwę zamiast podwiązywań wiązadeł szerokich, czyli, że uważa sposób operowania metodą Richellota za bardzo łatwy skracający czas operacyi, czas leczenia pooperacyjnego. Operował 6 razy tym sposobem i tylko raz i to więcej z własnej winy kleszcze się ześlizgnęły, powstał krwotok, lecz natychmiast uchwycono mniejszymi kleszczykami naczynie krwawiące. Kleszcze zdejmuje się ostrożnie po 48 godzinach. Mają one i wady, a mianowicie, że zajmują całe światło pochwy, to też nie można ich użyć tam, gdzie obok wyłuszczenia należy wykonać inny zabieg, jak to ma miejsce podczas wyłuszczenia macicy z powodu wypadnięcia, gdzie należy wykonać plastykę w pochwie.

Kol. Rydygier używał tego sposobu operowania i okazuje kleszczyki fabryki berlińskiej, przyczem stwierdza to, że robota jest znacznie gorsza niż francuskich.

Kol. Rydygier odstąpił od tego sposobu, gdyż miał przypadek, w którym nastąpiło przedziurawienie jelita, również zaznacza, że w literaturze opisane są przypadki przedziurawienia jelita nie skutkiem uchwycenia w kleszczyki, ale jako następstwo odleżyny powstałej na jelicie, które dotykało do szczypczyków, rownież sądzi, że mimo kontroli palcami przy zakładaniu kleszczyków na więzy szerokie można uchwycić jelito. Jako dalszą ujemną stronę tej metody podaje, że kleszczyki mogą

się otworzyć,ześlizgnąć, a wtedy następuje krwotok nie dający się opanować, zwłaszcza jeżeli kleszczyki ześlizgną się w kilka godzin po operacyi, bo wtedy wyszukanie naczynia krwawiącego jest nadzwyczaj trudne. W przypadkach łatwych podwiązanie idzie bardzo szybko, nie wiele dłużej trwa operacya jak metodą Richellota, w trudnych zaś woli podwiązywać, gdyż tym sposobem daleko więcej może wyciąć tkanki chorej niż, gdy zakłada się kleszczyki i daleko dokładniej iść na boki, to też nie zgadza się ze zwolennikami operowania sposobem Richellota, którzy twierdzą, że właśnie używając tego sposobu można wyciąć tkanki chore dokładniej. Kol. Rydygier jest właśnie wprost przeciwnego zdania, a zresztą dla chirurga sposób zapobiegania krwotokowi przez podwiązanie jest rzeczą tak zwykłą, że trudności pod tym względem nie powinien się obawiać.

Kol. Mars zaznacza, że ze stanowiska akademickiego sposób Richellota jest mniej chirurgiczny niż podwiązywanie, że to ostatnie jest pewniejsze, a wobec postępu w udoskonaleniu wyłuszczania macicy przez pochwę, sądzi, że będzie sposób ten wyrugowany, trudności zaś podczas podwiązywania znacznie zmniejszają metody podane przez Doyena i Sucharda.

Kol. Braun zapytuje, ile szczypczyków trzeba założyć, aby módz oddzielić więzadło szerokie?

Kol. Przewodniczący odpowiada, że wystarcza 3 pary kleszczyków. Kol. Rydygierowi, że można i należy zakładać kleszczyki pod kontrolą nietylko palców, ale i wzroku i że można na tyle pole operacyjne odsłonić, nie należy więzów chwytać wyżej, jak znajdują się końce palców, a w ten sposób uniknąć można uchwycenia jelita. Zgadza się, że w łatwych przypadkach i podwiązanie jest łatwe, ale tam, gdzie trzeba operować in situ, gdzie macicy ściągnąć nie można, tam sposób Richellota oddaje bardzo dobre usługi.

Co do uwagi kol. Marsa, to kol. Jordan ma to smutne doświadczenie, że w jednym przypadku raka pochwy, gdzie wykonano episiotomię obustronną celem zyskania więcej miejsca i odsłonięcia pola operacyjnego, pacyentka już po kilku miesiącach powróciła do kliniki z recydywą i to niestety w bliźnie po zeszyciu cięcia zrobionego podczas episiotomii. Sądzi więc, że metoda Sucharda może dać powód do powstania nowotworu na miejscu cięcia w tkance zdrowej skutkiem przeszczepienia.

Na tem zakończono posiedzenie.

LXII. Posiedzenie z dnia 12 lutego 1895.

Przewodniczący: Prof. Dr. Jordan. Obecnych członków 8.

Porządek dzienny:

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Braun zawiadamia, że kol. Julian Nowak wystąpił z Towarzystwa.

3) Kol. Rosner. Na ostatniem posiedzeniu miałem zaszczyt przedstawić kolegom dwa rzadkie przypadki z patologii dróg moczowych kobiecych. U jednej z nich operowanej według metody Otta zauważyliśmy właśnie podczas posiedzenia częściowe rozejście się rany w przedsionku. Chorej tej zeszyłem ranę przed tygodniem, szwów dotąd nie wyjęto, toteż o ostatecznym wyniku mówić nie można. Do tych dwóch przypadków mogę dodać trzeci nie przedstawiający nic szczególnego, oprócz niezwykłej etyologii. Chora liczy lat 35, rodziła 7 razy. Ostatni raz przed $1\frac{1}{2}$ rokiem w położeniu czaszkowem. Dziecko urodziło się w $\frac{1}{2}$ godziny po odejściu wód, wogóle bóle nie trwały dłużej nad 2 godziny. Przed 2 miesiącami chcąc zdjąć coś z pułki, stanęła na krześle, które nie stało dość pewnie, a chora spadła na cebrzyk obok stojący z rozkraczonemi nogami. Czy okolicą sromu uderzyła o co, nie wie i nie pamięta. Zaraz potem zaczęła krwawić z dróg rodnych, a mocz zaczął odpływać z pochwy. Z tego krwawienia natychmiastowego wnosić można, że nastąpił uraz bezpośredni. Badając chorą zauważyć można opadnięcie przedniej ściany pochwy, wzdłuż której idzie po stronie prawej blizna oddzielająca *columnae rugarum* po stronie prawej od pochwy. W tej bliźnie jest otworek wielkości groszku prowadzący do cewki, z czego sterczy strzępek wynicowanej błony śluzowej cewki. Macica leży poziomo ze skłonnością do tyłopochylenia; miednica ma wymiary prawidłowe.

Skombinowawszy wywiady z tym stanem obecnym, łatwo sobie wyobrazić jakość i skutek urazu. Wobec opadnięcia przedniej ściany pochwy miejsce gdzie jest obecnie przetoka, leżało pod dolnym brzegiem spojenia łonowego. Przy upadnięciu na przedmiot twardy dostają się te tkanki pomiędzy kostne spojenie a twardy brzeg cebrzyka, przyczem nastąpiło rozgniecenie i okaleczenie tej okolicy. Etyologia ta należy do rzadkich. Wiadomo, że po najczęstszej przyczynie, jaką jest przeciągający się poród i zabiegi instrumentalne, wymienić musimy ciała obce lecznicze i w celu onanii wprowadzane, zmiany zapalne nowo-

tworowe i t. d. Uraz zaś wobec niedostępności tych okolic ciała bardzo rzadko sprowadza przetoki.

4) Kol. Rosner. Na ostatniem posiedzeniu przedstawiał kol. Świtalski dziewczynę mającą *uterus bicornis septus.* Aczkolwiek wady rozwojowe macicy nie należą do rzeczy rzadkich, jednak tylko szczególnemu zbiegowi okoliczności zawdzięczamy, że możemy dziś częścią przedstawić, częścią opowiedzieć o nowych 5-ciu przypadkach wad rozwojowych różniących się od siebie mniej więcej stanem obecnym i przebiegiem.

Pierwsza z tych pacyentek F. R. dobrze jest znaną kilku kolegom jako stara pacyentka kliniczna. Liczy l. 26, a od lat 10 jest w leczeniu. Jako 14-letnia dziewczyna zaczęła miesiączkować nieregularnie w przerwach czasem 4 miesięcznych. Wśród tego podczas miesiączki zaczęły się pojawiać *molimina menstrualia.* Lekarz, do którego się zgłosiła, zauważył guz nad pachwiną prawą, zaordynował kąpiele, po których ustał peryod a z nim i molimina. Kiedy miesiączka pojawiła się, znowu dolegliwości stały się nieznośnemi, a chora w 16 roku życia zgłosiła się do kliniki. Rozpoznano wtedy *canalis utero vaginalis duplex, Haematocolpos, haematometra.* Guz nisko sięgający przekłuto przyczem wylało się dużo cieczy czekoladowo zabarwionej. Rozpoznanie to tłumaczy nam dobrze objawy. Widocznie obie macice miesiączkowały równocześnie, ale kiedy z jednej krew wypływała na zewnątrz w drugiej tworzyła się haematometra. Chora po tym zabiegu opuściła klinikę z upławami ropnemi. Po roku pojawiły się molimina znowu i znowu lekarz zauważył guz po stronie prawej. Wystąpiła też gorączka, a chora zgłosiła się do kliniki. Rozpoznano: *Canalis utero vaginalis duplex, pyocolpos.* Ropę cuchnącą wypuszczono. Od tego czasu chora miała upławy ropne cuchnące i bóle nad pachwiną prawą, oraz podczas peryodu. Dnia 25 listopada zgłosiła się do kliniki. Obok dawnego rozpoznania zdwojonego kanału rodnego rozpoznano: *Abscessus parauternius dexter, paravaginitis dissecans.* Objawy ropienia wokolicy nadpachwinowej dominowały wówczas nad całym obrazem chorobowym. Rozpoznanie to nie było jednak zdaniem mojem dobre, albowiem sądzę, że ropa pochodziła nie z abscessu, lecz z macicy. W narkozie rozszerzono przewód (kanał do którego zaledwie zgłębnik wchodził) rozszerzadłami Hegara, przyczem przekonano się, że dochodzi aż do sklepienia prawidłowej pochwy a kończy się w jamce w tkance okołomacicznej. Ścianę wyskrobano łyżką ostrą, a jamkę i przewód wytamponowano gazą i zmieniano co dzień. W styczniu 1892 opuściła klinikę z odchodami śluzowo-ropnemi. Przed 2 laty wyszła za mąż i zastąpiła. Spółkowanie było bolesne. Podczas ciąży miało się pokazać dużo odcho-

dów ropnych. Ciąża przerwała się w 7 miesiącu księżycowym. Dziecko rodziło się w położeniu pośladkowem, na co zwracam uwagę. Łożysko przez 3 dni nie odchodziło i zostało wreszcie ręcznie wydalone. Po porodzie regularność pojawiła się w 3 miesiące i powtarza się mniej więcej prawidłowo. Odchody ropne z przewodu patologicznego utrzymują się ciągle. Badanie bez narkozy bardzo trudne. W narkozie wybadać można w miednicy małej dwa zupełnie oddzielone od siebie rogi macicy, które tylko poniżej ujścia wewnętrznego ze sobą się stykają. Róg lewy jest dłuższy i węższy i odpowiada pochwie dobrze wykształconej. Z tego rogu odbył się poród. Róg prawy grubszy i krótszy oraz mniej ruchomy odpowiada pochwie niedokształconej przedstawiającej się w postaci wąskiego kanału, z niego wypływa ropa. Sonda wprowadzona do ujścia rogu lewego nie wchodzi do prawego i naodwrót. Oba dawne przewody Müllera są od siebie oddzielone. Wobec tego, że poprzednie zabiegi okazały się za mało radykalnemi, trzeba było myśleć tym razem o radykalniejszym. Wykonanie tego polecił mi łaskawie Prof. Jordan.

Zabieg polegał na zupełnem wycięciu przegrody pochwowej, odszukaniu drogi do chorej prawej macicy, należytem przestrzykaniu i wyskrobaniu jej jamy i drenowaniu gazą jodoformową. Wykonano to w położeniu chorej bocznem nie bez pewnych trudności. Główną trudność stanowiło dojście do jamy macicy z powodu znacznego zwężenia w ujściu wewnętrznem; nacięto je w kilku miejscach i rozszerzono patyczkami Hegara. Ponieważ zabieg wykonano przed 6-cioma dniami, przeto nie mogę chorej przedstawić. Obecnie ma się zupełnie dobrze. W tym przypadku mamy do czynienia z *uterus bicornis septus cum vagina septa,* albo co prawdopodobniejsze z *uterus didelphys et cum vagina septa.* Chodziłoby tylko o rozstrzygnięcie czy szyja maciczna jest wspólna, a tylko przegrodą rozdzielona, czy są dwie szyje połączone ze sobą tkanką łączną. Za tem drugiem przypuszczeniem tj. za tem, że mamy przed sobą *uterus didelphys* przemawia ta okoliczność, że ruchomość obu macic jest od siebie bardzo mało zawisłą, a oddalenie ujść zewnętrznych znaczne, nadto część pochwowa lewa jest zupełnie prawidłowa ze wszystkich stron nie wykluczając prawej, dobrze wykształconej tak, że w pochwie tej strony mamy wszystkie cztery sklepienia naturalnej głębokości. Prawa macica z powodu zarośnięcia odpowiedniej pochwy, co jak wiadomo, dosyć często towarzyszy zdwojeniu części rodnych, przebyła haematometra, potem pyometra, a po trwałem utworzeniu drożności pozostała w niej *endometritis purulenta,* której usunięcie było celem zabiegu.

Kol. Mars zapytuje, na jakiej podstawie kol. Rosner uważa miejsce zwężenia za ujście wewnętrzne, a nie zewnętrzne? Wspomina o przypadku macicy jednorożnej z haematometra i haematocolpos. Przy badaniu kształt macicy i pochwy odpowiada obrazowi kol. Rosnera. W przypadku tym operował z wynikiem pomyślnym od strony pochwy.

Kol. Rosner odpowiada, że okoliczność ta, iż ujście to leżało znacznie wyżej niż ujście zewnętrzne drugiej części pochwowej, dalej uczucie przy przecinaniu tkanki tuż poniżej ujścia, które odpowiadało w zupełności temu, jakie się ma przecinając mięśnie, pozwala mu przypuszczać, że to jest ujście wewnętrzne.

5) Druga chora, która już opuściła klinikę niestety, liczyła lat 27. Zgłosiła się 22 grudnia jako ciężarna. Ostatnią regularność miała w lutym ubiegłego roku. W dniu przyjęcia uderza niezwykły kształt ciężarnej macicy. Przedstawia się ona w formie walca lub kiszki ciągnącej się ku stronie lewej nad spojeniem, nigdzie nie czuć zaokrąglonego dna. Pochwa wązka, ściany macicy cienkie. *Uterus unicornis, vagina unilateralis.* Dnia 25 stycznia 1895 rozpoczęły się bóle porodowe. Położenie płodu pośladkowe II. Pęcherz pękł przy nieustalonych pośladkach przy ujściu przepuszczającem palec. Słaby rozwój macicy i leniwe a bolesne bóle, kazały się obawiać przewlekłego porodu, a niebezpieczeństwo pęknięcia macicy w ścianach cienkiej, wobec nadto przedwczesnego odpływu wód musieliśmy mieć na względzie. Wobec tego trzeba było stworzyć warunki do extrakcyi dziecka w razie potrzeby. Ułożenie pośladkowe płodu było w tym celu najniekorzystniejsze, a sprowadzenie nóżki wskazane. Temu stało na przeszkodzie ujście mało rozwarte i bardzo powoli się rozwierające. Na dobrowolne rozwarcie nie mieliśmy ochoty czekać, bo nie można było mieć pewności, co nastąpi wcześniej, rozwarcie ujścia, czy ustalenie pośladków? O godzinie 11 rano założono do szyi balon Brauna i czekano aż go bóle urodzą, co nastąpiło o 6-ej wieczorem. Wówczas sprowadziłem nóżkę prawą bez trudności. Tylko wązkość pochwy stała na przeszkodzie wprowadzeniu ręki, tak, że już wówczas około błony dziewiczej powstały naddarcia błony śluzowej. Dalszy przebieg porodu, aż po łopatki odbył się siłami natury. Uwolnienie rączek łatwe, przeciągnęło się nieco dłużej znowu z powodu trudności w przeprowadzeniu ręki około płodu, wytoczenie główki było bardzo trudne z powodu niepodatności pochwy. Podczas wydobywania płodu pękła tylna ściana pochwy do połowy, nadto rozdarło się międzykrocze znacznie choć nie zupełnie. Dziecko 2700 gr. ważące $52\frac{1}{2}$ cm. długie o obwodzie czaszki

33 cm. urodziło się nieżywe. Łożysko wydobyto ręcznie celem przekonania się jaki jest kształt macicy od wewnątrz Badanie to było bardzo zajmujące. Macica przedstawia się jako kiszka ku lewej stronie biegnąca z zaostrzonym w okolicy ujścia trąbki końcem. Nie daleko tego ujścia leży zupełnie jeszcze do podstawy przyklejone łożysko skręcone jak tutka papierowa sklepowa, do drugiego rogu nie ma nigdzie otworu. Łożysko wraz z błonami usunięto. W dwie godziny po porodzie powstał rozkurcz macicy i krwotok, który do godziny 1. w nocy mimo środków przeciw atonii stosowanych kilkakrotnie się powtórzył. Jeden ze skrzepów, który z macicy wyciśnięto podobny jest do 4—5 razy powiększonego serdelka zgiętego łukowato i ku obu końcom zwężonego.

Zresztą połóg prócz jednorazowego podwyższenia ciepłoty w 9-ym dniu, prawidłowy. Przez podatne powłoki wybadać można, że od macicy ku stronie lewej od wysokości ujścia wewnętrznego odchodzi postronek dosyć zbitej tkanki zostającej w ścisłym związku z macicą. Mieliśmy więc do czynienia z porodem w przypadku *uterus unicornis cum vagina unilaterali.*

6) Kol. Świtalski mówił o 3 przypadkach wad rozwojowych macicy.

a) G. M. lat 22, zamężna. Miesiączka od 16 r. życia z miernymi bólami. Rodziła trzy razy. Przy pierwszym porodzie wykonała akuszerka obrót. Dwa inne prawidłowe. Ostatni z końcem września 1894. Regularność po ostatnim porodzie wystąpiła w listopadzie i jest teraz połączona z gwałtownymi bólami, które się utrzymują i poza czasem peryodu, co skłoniło chorą do szukania pomocy. Pochwa i część pochwowa prawidłowe. Trzon macicy zgięty ku przodowi i na lewo, zdaje się być nieco węższym po stronie prawej. Ponad ujściem wewnętrznem można wybadać guz wielkości mandarynki w ścisłym związku z macicą zostający, jest on okrągły o powierzchni gładkiej, zbitszy niż macica. W dole i nieco z tyłu poza guzem bliżej brzegu zewnętrznego można wybadać jajnik do guza przyrośnięty. Rozpoznano: *Fibroma subserosum.* Dnia 25 stycznia laparotomia. Badanie wykazało guz jak wyżej. Do górnej tylnej części guza jest przyrośnięta zgrubiała znacznie pokręcona, krwią wypełniona trąbka, której ujście brzuszne zapełnie jest zarośnięte; z tyłu i dołu guza jajnik. Z przodu blizko brzegu zewnętrznego guza odchodzi więzadło okrągłe. Wobec tego rozpoznanie nie było dobre, albowiem mieliśmy przed sobą róg macicy dwurożnej. Po podwiązaniu odpowiedniej części więzadła szerokiego wykrojono u podstawy guza z przedniej i tylnej ściany manszet otrzewny,

guz wraz z trąbką i jajnikiem odcięto, a powstałą ranę na macicy pokryto otrzewną. Na przekroju wydobytego guza w samym środku mamy jamkę pokrytą błoną śluzową, wypełnioną kilku kroplami krwi. Jama ta stała w związku z rozszerzoną trąbką, zresztą była zamkniętą. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

b) *Graviditas in cornu dextro uteri bicornis. Partus.* J. K. lat 32, niezamężna. Rodziła raz przed 4. laty prawidłowo. Zgłosiła się do kliniki w X. miesiącu ciąży. Macica powiększona odpowiednio do czasu trwania ciąży. Po stronie lewej nad pachwiną można wybadać guz wielkości dwóch pięści ściśle do macicy przylegający, nieco ruchomy o powierzchni gładkiej. Najprędzej jeszcze zdawał się odpowiadać włókniakowi podsurowiczemu. Dnia 31/I poród zupełnie prawidłowy w położeniu czaszkowem I. Po porodzie stosunek guza do macicy tak się zmienił, że z największem prawdopodobieństwem rozpoznać było można macicę dwurożną. Pewne zaś rozpoznanie zrobiono w 12 dni po porodzie po dokładnem zbadaniu części rodnych, które wykazało: Pochwę i część pochwową prawidłową. Róg macicy, w którym się płód rozwijał, wielkości pięści, leży ku przodowi i na prawo, drugi mniejszy, wielkości macicy prawidłowej, leży na lewo. Palcem wprowadzonym do szyi można wybadać na wysokości $1\frac{1}{2}$ cm. przegrodę i po jej bokach dwa ujścia wewnętrzne przez które dała się z łatwością przeprowadzić sonda. Długość jamy rogu prawego 13 cm. lewego 7 cm. Jakkolwiek płód rozwijał się w rogu prawym, róg lewy powiększał się w ciąży także, gdyż z końcem ciąży miał wielkość dwóch pięści. W połogu uległ zwinięciu i to znacznie prędzej niż prawy.

c) *Uterus bicornis unicollis.* P. W. lat 54. Nigdy nie miesiączkowała i nie miała dolegliwości miesiączkowych. Zgłosiła się do kliniki z powodu guza w okolicy żołądka. Badanie części rodnych wykazuje zmianę rozwojową w postaci macicy dwurożnej. Róg lewy jest słabiej rozwinięty, płaski. Prawy więcej kulisty, gruby, twardy. Pierwszy leży horyzontalnie, drugi na prawo. Od boków zewnętrznych obu rogów można wybadać odchodzące więzadła okrągłe. Jajników wybadać nie można. Ponieważ osoba ta nigdy nie miesiączkowała i nie miała żadnych dolegliwości, należy przypuścić wadę rozwojową jajników.

7) Kol. Rosner przedstawił kobietę, u której wykonano „*vaginaefixatio uteri*“ metodą Dührsena.

LXIII. Posiedzenie z dnia 26 lutego 1895.

Przewodniczący: Prof. Dr. Jordan. Obecnych członków 6.

Porządek dzienny.

1) Odczytanie protokołu odłożono do następnego posiedzenia.

2) Sprawa biblioteki (ref. kol. Kośmiński).

Kol. Kośmiński oznajmia, że biblioteka jest uporządkowaną, lecz aby utrzymać książki w porządku, należy naprzód oprawić większą liczbę dzieł i roczników nieoprawionych. Koszta tej oprawy wraz ze sprawieniem teczek na roczniki i ważne broszury nie przenosi 80 złr., a ponieważ kol. złożyli podpisy na kwotę przeszło stu złr., przeto referent sądzi, że kwotę tę Towarzystwo uchwali. Dalej zaznacza referent, że szafa obecnie nie jest na bibliotekę odpowiednia i że trzeba koniecznie kupić jeszcze jedne szafę, a tę możnaby sprzedać, za pieniądze zaś nabyte kupić można tanią a dogodną szafę.

Towarzystwo nie przychyla się do wniosku refer. co do sprzedaży szafy, natomiast na wniosek kol. Rosnera udziela kredytu w kwocie 80 złr. na oprawę książek i upoważnia kol. Referenta do kupienia drugiej potrzebnej szafy.

Dalej zapytuje referent, kto będzie sprawował urząd bibliotekarza?

Kol. Cercha sądzi, że nie będziemy wybierać bibliotekarza, lecz że kol. Kośmiński, który już nie małe ma zasługi około biblioteki, a który jako skarbnik obowiązany jest w myśl statutu sprawować urząd bibliotekarza, obowiązkom swoim podoła.

Kol. Mars nie wie, czy może Towarzystwo do szczegółowej dyskusyi przystępować, wobec tego, że niema aktu dedykacyjnego.

Kol. Rosner przypomina, że biblioteka darowana jest Towarzystwu, że więc możemy dyskutować.

Kol. Zoll przypomina, że Towarzystwo wybrało komisyę, która się zajęła uporządkowaniem biblioteki, że członkowie złożyli pewną kwotę na oprawę książek, przeto teraz może dyskutować, bo widocznie uważało bibliotekę za własność Towarzystwa.

Kol. Kośmiński porusza sprawę regulaminu dla bibliotekarza i chce, aby zaraz układać punkta regulaminu.

Kol. Rosner stawia wniosek, aby wybrać komisyę z dwóch członków, któraby się zajęła ułożeniem regulaminu i takowy na najbliższem posiedzeniu przedłożyła.

Kol. Zoll wnosi, aby tę sprawę oddać kol. Kośmińskiemu i aby tenże przedłożył gotowy regulamin do dyskusyi.

Kol. Kośmiński obstaje przy swojem, aby nad każdym punktem regulaminu (a ma on te punkta gotowe), dyskutować zaraz.

Kol. Mars stawia wniosek, aby przeprowadzić tylko dyskusyę ogólną, która będzie wskazówką dla kol. Kośmińskiego przy wypracowaniu regulaminu, kol. Kośmiński przedłoży taki regulamin na najbliższem posiedzeniu. Poprzednie wnioski cofnięto.

W myśl wniosku kol. Marsa przystąpiono do dyskusyi ogólnej.

1) Kol. Kośmiński zapytuje, czy tylko członkowie będą mieli prawo pożyczania?

Tylko członkowie mogą wypożyczać książki.

2) Jak długo wypożyczający może zatrzymać książkę?

Zgodzono się na termin dwutygodniowy z prawem przedłużenia terminu.

3) Jaką wyznaczyć karę, jeżeli wypożyczający nie odda książki w oznaczonym czasie?

Przyjęto wniosek kol. Marsa t j., że za każde dzieło płaci wypożyczający 20 kr. za każde 2 tygodnie. Jeżeli nie odda do sześciu tygodni, nastąpi kupno książki na koszt pożyczającego.

4) Jaką ilość dzieł można wypożyczać na raz?

Zgodzono się na 10 dzieł.

Kol. Mars stawia wniosek, aby wypożyczenie odbywało się za pomocą korespondencyi z bibliotekarzem i aby każdy członek miał w domu katalog biblioteki.

Następnie dyskutowano nad sposobem egzekwowania wypożyczonych książek i nad godzinami wypożyczania, jak również nad sposobem wynagrodzenia uszkodzeń książek.

Kol. Zoll żąda, aby się zastanowić nad środkami służącymi do rozwoju i utrzymania biblioteki.

Kol. Przewodniczący wnosi, aby kol. Zoll jako wnioskodawca, zastanowił się nad tą sprawą i przedstawił w tym kierunku odpowiednie wnioski Towarzystwu.

Na tem zakończono posiedzenie.

Posledzenie z dnia 12 marca 1895.

Przewodniczący: Prof. Dr. J o r d a n. Obecnych członków 7.

Porządek dzienny.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. P r z e w o d n i c z ą c y zapytuje się kol. Zolla, czy ma jakie wnioski tyczące się rozwoju biblioteki przygotowane.

Kol. Z o l l odpowiada, iż przekonał się, że nie jest to rzeczą łatwą przeprowadzić stałe rozszerzenie biblioteki i jest zdania, że trzeba przedewszystkiem starać się o abonowanie dalsze czasopism już istniejących i stawia wniosek:

Towarzystwo ginekologiczne poleca prezydium udać się do prezydium Tow. lekarskiego, by brakujący rocznik 1894 i nadal dawało „Przegląd lekarski" bibliotece Tow. za darmo.

Wniosek uchwalono jednomyślnie.

3) Kol. K o ś m i ń s k i odczytuje regulamin biblioteki, który prawie bez dyskusyi przyjęto; dyskusya tylko toczyła się nad wysokością kary i ostatecznie uchwalono 20 kr. od tygodnia, po 6-u tygodniach zaś kupuje się nowe dzieło na koszt pożyczającego. W dyskusyi brał udział kol. Harajewicz, Zoll i Kośmiński.

Nadto kol. Z o l l stawia wniosek, by przynajmniej raz na tydzień bibliotekarz był obowiązany mieć jednę obowiązkową godzinę w lokalu biblioteki.

Wniosku nie przyjęto większością głosów po dość długiej dyskusyi, w której brali udział obok wnioskodawcy, kol.: Obaliński, Harajewicz, Przewodniczący i Kośmiński.

Kol. O b a l i ń s k i i C e r c h a opuścili posiedzenie, wskutek czego posiedzenie administracyjne dla małej ilości głosów zamknięto, zaś kol. Przewodniczący przedstawił dwa przypadki ciąży zamacicznej, dołączając do pierwszego rysunek (fotografią powiększoną). Widać jajo płodowe rozcięte, a w górze po stronie lewej widać zarodek odpowiadający 3-mu miesiącowi ciąży. Prelegent w krótkich słowach opowiada badanie pierwsze, po którem postawił rozpoznanie *graviditas extrauterina, subs. abortu tubar.* Laparotomia wykonana w klinice potwierdziła to rozpoznanie, a po wyłuszczeniu guza znajdującego się na talerzu biodrowym lewym, wycięto również trąbkę i ranę zaszyto. Chora ma się bardzo dobrze, mimo, że przy odłuszczeniu natrafiono na bardzo znaczne trudności.

Potem opowiada prelegent drugi podobny przypadek, bardzo ciekawy, ciąży zamacicznej, a wreszcie dochodzi do wniosku, że ciąża zamaciczna, a względnie *abortus tubarius*, nie są rzadkiemi tak, jakby się wydawać mogło, ale zdarzający się stosunkowo dość często; i tak obecnie prelegent ma w obserwacyi 4 przypadki, które podejrzywa o ciążę zamaciczną. Następnie wyraża życzenie, by temu tematowi poświęcono osobne posiedzenie a niewątpliwie przyniesie ono znaczne korzyści.

Kol. Braun myśl tę pochwala bardzo i zarazem opowiada, iż ma podobny przypadek w drugiem stadyum, a wreszcie zwraca uwagę na to, iż poplód w ciąży trąbkowej musi się niewątpliwie całkiem inaczej zachowywać niż w ciąży macicznej, dlatego proponuje, by poplód dokładnie zbadano w przypadku Prof. Jordana i by kol. Przewodniczący zechciał wyniki tych badań potem przedstawić, — co też jednomyślnie przyjęto.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie z dnia 26 marca 1895.

Przewodniczący: Dr. Prof. Mars. Obecnych członkow 7.

Porządek dzienny.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Cercha zawiadamia, że wydanie Rocznika opóźni się dla tego, że do artykułu prof. Marsa należy dołączyć tablicę litografowaną, która nie jest gotową i stawia wniosek, aby w myśl dawniejszej uchwały, Towarzystwo poniosło połowę kosztów, jakie za sobą pociągnie wydrukowanie tablicy.

Kol. Mars oznajmia, że drukując w Warszawie pracę, pamiętał o Roczniku i że ma sto tablic gotowych, które do Rocznika należy dołączyć. Wniosek kol. Cerchy co do poniesienia kosztów przyjęto.

Kol. Zoll stawia wniosek, aby do rocznej wkładki 10 fl. dodać jeszcze 2 złr. na cele biblioteki (wniosek upadł).

Kol. Jordan okazał dwa preparaty anatomiczne:

a) Macicę wyjętą przez pochwę u osoby bardzo niedokrewnej. Zrazu podejrzywano, że w macicy mogą być resztki jaja płodowego i wykonano wyczystkę, lecz nie wydobyto nic podejrzanego, a ponieważ objawy trwały dalej, przeto wykonano extirpatio przy pomocy kleszczyków Richellota modo Doyen.

Macica jest większa, a w niej są włókniaki miąższowe, podsurowicze, nadto błona śluzowa bardzo zmieniona okazuje wybujałości i ov. Naboti.

Kol. Cercha zwraca uwagę na wnętrze jamy macicy, które robi wrażenie, że mamy przed sobą nowotwór złośliwy i radby wiedzieć, jaki będzie wynik badania drobnowidowego, tem bardziej, że zmiana ta dotyczy macicy, w której znajdują się włókniaki, albowiem doświadczenie, jakie zrobił badając błonę śluzową macicy z włókniakami, nasuwa mu myśl, czy to nie będzie carcinoma corporis uteri.

Kol. Obaliński zaznacza, że metoda Doyena jest bardzo dobra, że macica w ten sposób da się dobrze ściągnąć, a jeżeli się uwzględni, jakie trudności bywają z powodu oddalania podwiązek i jak nieraz długo podwiązki zostają, to sądzi, że Francuzi dobrze mają używając kleszczyków do tamowania krwotoków.

Kol. Mars zapytuje, ile czasu upłynęło od skrobania do extirpacyi i czy dużo błony wyskrobano?

Kol. Jordan odpowiada, że wyskrobano dużo. Z kol. Obalińskim zgadza się, że metoda Doyena jest bardzo dobra i ułatwia operowanie w trudnych przypadkach.

b) Nowotwór o utkaniu włóknistem wyjęty u kobiety 32 lat liczącej, osłabionej bardzo i anemicznej, która nie rodziła. Wyniszczenie przypisać należy bardzo obfitym upławom wodnistym od dawna trwającym. W tym przypadku chciano użyć metody Freund-Rydygier, ale metoda ta nie dała się tu zastosować. Nowotwór wychodził z tylnej ściany macicy, której jama nadzwyczaj była wydłużona. Nowotwór ma dziwną zrazowatą budowę a naokoło torebki znajdowała się warstwa galaretowata. Badanie drobnowidowe wykazało, że jest to włókniak.

Kol. Mars nadmienia, że warstwa ta galaretowata nie przedstawia nic nadzwyczajnego, że takie przypadki widział, zwłaszcza gdy włókniak jest surowiczo obrzmiały.

Kol. Obaliński przypomina sobie coś podobnego i zapytuje, czy w takich razach nowotwór nie dałby się wyłuszczyć, a nawet nie wątpi, że w tym przypadku byłoby to możebne i jest zdania, że lepiej operować zachowawczo.

Kol. Rosner sądzi, że lepiej operować radykalnie i przytacza przypadek, w którym oprócz włókniaka widoczny był drugi dosyć duży guz w jamie macicy.

Kol. Cercha byłby za operowaniem radykalnem ze względu na to, że włókniaki mogą zmieniać swój charakter dobrotliwy i przytacza na poparcie przypadek z kliniki.

Kol. M a r s radzi zwrócić uwagę na to, że w operowaniu włókniaków nie można mówić o metodzie klasycznej i nie można takiej metody w szablon ująć, lecz że należy indywidualizować.

Kol. O b a l i ń s k i jest tego samego zdania co mowca poprzedni i radzi iść za Chrobakiem, który ma 0% śmiertelności, a nie uważa *extirpatio uteri* za metodę przyszłości, trzeba więc gdzie się da używać sposobów zachowawczych.

Kol. R o s n e r sądzi, że zasada pewna istnieć musi, a zawsze lepiej raz operować, niż zabieg dwa lub trzy razy powtarzać.

Kol. J o r d a n wie, że Chrobak jest zwolennikiem enukleacyi włókniaków od pochwy. W danym przypadku ma to przekonanie, że wyłuszczenie nie byłoby się udało, a zresztą nie było pewności z której ściany nowotwór wychodzi.

4) Kol. R o s n e r. Przedstawienie chorej: A. G. l. 37. Rodziła 6 razy, ostatni raz przed 18 miesiącami. Porody prawidłowe. Regularność po porodzie co $1^1/_2$ — 2 miesięcy, skąpa. Ostatnia prawidłowo w połowie grudnia, poczem dłuższa pauza. Przed 3-ma tygodniami znowu regularność, ale jeszcze skąpsza. Utrzymuje na pewne, że ma guz w brzuchu od 9 lat, który bardzo powoli rośnie. W tym czasie urodziła prawidłowo troje dzieci, choć opowiada, że przed porodami guz się obniżał i wchodził w krok, podczas porodu zaś wychodził do góry, a po porodzie opadał.

Od jesieni czuje bóle w krzyżach i pachwinach. Badanie wykazuje, że pacyentka jest w 4 miesiącu ciąży i ma guz jajnika lewego na długiej szypule wielkości głowy. Guz jest bardzo ruchomy.

Przed 2 laty zebrałem z ksiąg klinicznych 10 przypadków tego rzadkiego powikłania i uwzględniwszy literaturę, starałem się ułożyć zasady postępowania leczniczego. Jeżeli mamy postępować w myśl tych uwag, to pacyentka musi być poddaną rychło ovariotomii, raz dlatego, że mamy ją stracić z oczów, a choćby miała pozostać przez cały czas ciąży w opiece lekarskiej, musimy przecież zwrócić uwagę na dwa objawy tj. na krwawienie przed 3-ma tygodniami i na bóle w krzyżach, które bądź co bądź każą nam podejrzywać skłonność do poronienia. Uwzględniwszy nadto, że pacyentka jest w 4-tym miesiącu ciąży, a więc w tym miesiącu, w którym ovariotomia w ciąży jest najłagodniejszą, to wskazanie do niej musi nam się wydać usprawiedliwione. Jak wiadomo, śmiertelność po tym zabiegu jest bardzo mała.

Dürne w r. 1892 zestawił 135 przypadków ze śmiertelnością nie spełna 6%.

Stratz w r. 1893 pisze o 142 przypadkach, mnie zaś udało się w r. 1894 zebrać 195 przypadków a więc o 53 więcej niż Stratzowi śmiertelność wynosiła 5·6%.

Kol. Mars jest za tem, że należy operować. Przypomina sobie poród w położeniu twarzowem dobrowolny. Badanie po tem wykazało guz jajnikowy, który w połogu uległ zropieniu. Prof. Obaliński wykonał w tym przypadku operacyę z pomyślnym wynikiem.

Kol. Kośmiński radzi, aby zbadać, czy częściej następuje poronienie ciąży bez lub po operacyi, a jeżeli więcej poronień lub porodów przedwczesnych bez operacyi, to należy zawsze operować.

Kol. Rosner wspomina, że po operacyi jest 20% poronień, ale sądzi, iż nie zawsze należy operować.

Kol. Obaliński sądzi, że należy operować, gdyż stosunki podczas połogu dla operowanej są mniej pomyślne.

Kol. Rosner sądzi, że należy też mieć wzgląd na płód, a przez operacyę jest on zawsze narażony.

Na tem zakończono posiedzenie.

Posiedzenie z dnia 23 kwietnia 1895.

Przewodniczący: Prof. Dr. Mars. Obecnych członków 7.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokołu.
2) Kol. Kośmiński miał odczyt:

„Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.“

Jednem z najczęstszych zboczeń czynnościowych ze strony matki podczas porodu są słabe bóle porodowe.

O słabych bólach porodowych mówimy wtedy, gdy praca mięśnia macicy w prawidłowych zresztą stosunkach, nie odpowiada przeszkodzie, jaką ma pokonać, skutkiem czego poród się przeciąga. Bóle słabe mogą występować jako takie już od początku porodu i wtedy mówimy o pierwotnem osłabieniu bólów porodowych, albo też macica po-

czątkowo kurczy się energicznie, bóle są silne i dopiero z powodu znużenia mięśnia macicy bóle słabną i pojawia się następowe osłabienie bólów porodowych. Ze względu znów na okres porodu rozróżniamy bóle słabe w pierwszym okresie (przygotowawczym) i w drugim okresie porodu (wydalającym).

Skutkiem przeciągania się porodu bóle słabe nie są obojętne dla matki, a w szczególnych przypadkach i dla płodu. Poród bowiem długo trwający daje więcej sposobności do zakażenia matki a oprócz tego sprowadzić może wyczerpanie sił osoby rodzącej. Przedewszystkiem zaś należy pamiętać, iż osłabienie bólów porodowych może trwać dalej i w trzecim okresie porodowym w postaci niedowładu (atonii) macicy ze wszystkiemi groźnemi następstwami.

W celu wzmocnienia słabych bólów porodowych w pierwszym okresie mogą być w razie potrzeby użyte w pierwszym rzędzie środki służące do wywołania bólów a więc przebicie pęcherza płodowego, założenie świeczki pomiędzy ścianę macicy a błony płodowe, założenie (kolpeuryntera) balonu Brauna do pochwy i t. d.

Bóle słabe w pierwszym okresie porodu występują przedewszystkiem u starszych pierwiastek, co tłómaczy Börner (*Sammlung klin. Vorträg*, Nr. 18. 1891) słabszem unerwieniem i mniejszem rozwinięciem się organów rodnych przez długie nieużywanie. U osób takich, obok słabych bólów, spotykamy bardzo często twarde i niepodatne brzegi ujścia zewnętrznego i w takich przypadkach są wskazane kąpiele ciepłe nasiadowe i przestrzykiwania gorące pochwy.

W drugim okresie porodowym w celu wzmocnienia bólów używamy nacierania macicy wraz ze zimnymi okładami. W razie osłabienia rodzącej podanie środków skrzepiających, jak wina, czarnej kawy i t. p. działać będzie pobudzająco na mięsień macicy i wzmocni działanie tłoczni brzusznej.

Gdy zaś bóle są bardzo bolesne i skutkiem tego rodząca powstrzymuje działanie a raczej nie wyrabia należycie bólów porodowych za pomocą tłoczni brzusznej, wtedy wska-

zane są narkotyki, jak nastój makowca, chloral lub wdechiwania małych ilości chloroformu.

Rodzącym z bólami słabymi zalecimy dalej częstą zmianę położenia, gdyż, jak K i n g (*Americ. Journ. of. Obst.* 1889.) a następnie C l a r k e (*Journ. of. the Americ. med. assoc.* 1891.) twierdzą, dłuższe spokojne ułożenie rodzącej w jednem i tem samem położeniu wywołuje często osłabienie bólów, zmiana zaś położenia rodzącej od czasu do czasu wzmacnia bóle porodowe.

S c h a t z (*Verhandl. d. III. Kongr. deutsch. Gynäk.* 1889) zaleca, jako najlepszy środek wzmacniający i regulujący bóle porodowe, wyciąg sporyszu i twierdzi, że po jego podaniu bóle nie tracą wcale charakteru peryodycznie powtarzających się, a że błędnem jest mniemanie, jakoby sporysz wywoływał jednostajny skurcz macicy. Pomimo tego bardzo znaczna część poważnych ginekologów przestrzega wyraźnie przed podawaniem sporyszu wśród porodu.

Oprócz tego zalecano w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych różne środki wewnętrzne jak boraks, cynamon, chininę, naparstnicę, konopie indyjskie, a w nowszych czasach *jaborandi* (M o s s. *N. Orl. Med. a. S. J.* 1889—1890), antypirynę w dawce 1,50 gr. (V a n W i n k l e. *Antipyrine during the first stege of labor. N. J.* 1889), a wreszcie pilokarpinę. Najskuteczniejszą ze wszystkich chociaż niebezpieczną okazała się pilokarpina. P h i l i p p s (*Verhandl. der Gesellschaft für Geburt in London* Tm. XXX. 1888) użył pilokarpiny w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych w pięciu przypadkach a z literatury zestawił 39 przypadków, z nich w 28 wystąpiły mocniejsze skurcze macicy.

Z tego całego szeregu środków wewnętrznych zalecanych w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych wydaje się, że właściwie dotychczas nie mamy takiego środka, któregoby bez szkody dla matki i płodu można użyć skutecznie.

Dlatego zapewne, że zalecano w ostatnich czasach tak wiele środków bóle porodowe wzmacniających, które następnie okazały się mało albo też wcale nieskutecznymi, nie

obudziło większego zainteresowania się spostrzeżenie, jakie pojawiło się z początkiem 1894 r. o korzystnym wpływie cukru na bóle porodowe. A mianowicie na podstawie przypuszczenia prof. U. Mossy i L. Paolettego, że wewnętrzne użycie cukru jako podniecającego mięśnie dowolne mogłoby także działać i na mięsień macicy spróbował L. Bossi docent położnictwa i ginekologii w Genui (*La semaine médicale* 1894.) podawać cukier w przypadkach osłabienia bólów porodowych.

W jedenastu przypadkach słabych bólów porodowych podał Bossi po 30 gramów cukru rozpuszczonych w 250 gramach wody i przekonał się, że w 25 do 45 minut po zadaniu w dziesięciu przypadkach wystąpiły bóle silniejsze. W kilku z nich trzeba było z powodu niedostatecznego działania powtórzyć dawkę 30 gramów w godzinę po pierwszej. Bóle wywołane a właściwie tylko wzmocnione przez podanie cukru miały być prawidłowe a nie tężcowe.

Chcąc przekonać się o tem działaniu cukru na mięsień macicy, wykonałem w ciągu roku 1894 na materyale oddziału położniczego kilkadziesiąt doświadczeń za łaskawem pozwoleniem prymaryusza oddziału, prof. Dra Jordana.

Doświadczenia rozpocząłem według podanego przepisu i w kilku przypadkach osłabienia bólów porodowych, tak w pierwszym jakoteż i w drugim okresie, podawałem po 30 gramów cukru rozpuszczonych w 250 gramach wody a po godzinie podawałem drugą taką samą dawkę. W trzech przypadkach w pół godziny po podaniu drugiej dawki wystąpiły nieco większe bóle, nieróżniące się niczem od prawidłowych, w innych przypadkach skutku żadnego nie widziałem.

Wobec tego postanowiłem podać cukier w znacznie większych ilościach, aniżeli to zaleca Bossi, jednak w takich, któreby ani na zdrowie matki ani też na płód niekorzystnie nie działały.

Za największą dawkę, która u zdrowego człowieka nie wywołuje glikozuryi uważa Moritz (*Verhandlungen des Congresses für innere Medicin.* 10, 492. 1891. r.) 200

gramów cukru gronowego. Zdaje się, iż różne sprawy patologiczne występujące w pewnych organach usposabiają do powstawania glikozuryi i tak Kraus i Ludwig (*Wiener klin. Wochenschr.* str. 855 i 897. 1891. r.) wykazali, że u chorych na marskość wątroby (*cirrhosis hepatis*) i torbiel trzustki (*cystis pankreatis*) już po podaniu 150 gramów cukru gronowego występowała glikosurya, a w jednym przypadku trwała przez 7 dni po podaniu cukru. Chwostek (*Wiener klin. Wochenschrift.* str. 251. 1892. r.) podaje, iż u cierpiących na chorobę Basedowa łatwo występuje glikozurya. G. Bloch (*Zeitschrift für klin. Med.* XXII. zeszyt 4 i 5. 1893. r.) Strasser (*Wiener medicinische Presse.* Nr. 28. 1894. r.) wykazali, iż u chorych ze zmianami w mózgu i rdzeniu pacierzowym już po podaniu małej ilości cukru występuje przemijająca glikozurya. W prawidłowych stosunkach występuje bardzo często glikozurya u położnic i u noworodków, u położnic przedewszystkiem wtedy, gdy przestaną karmić, lub też gdy wystąpi zatrzymanie się pokarmu (*galactostasis*). Ney (*Archiv für Gynäkol.* XXXV. 1889. r.) jednak wykazał, że nietylko u położnic, lecz także i u zdrowych zresztą osób ciężarnych i rodzących często występuje glikozurya. A mianowicie na podstawie ścisłych badań wykazał, że u osób ciężarnych w 16·6°/₀ przypadków występuje cukier w moczu, sama zaś czynność porodowa nie ma wpływu na pojawienie się glikozuryi. U położnic zaś wykazał w 80°/₀ przypadków a więc prawie z reguły cukier w moczu. Szczególniej często występuje glikozurya u tych położnic, których sutki obficie pokarm wydzielają, a więc u tych, które obiecują, że będą dobremi mamkami. Gdy położnica przy lichem odżywieniu pracuje ciężko, cukier w moczu znika rychło. Wynika więc zatem z badań Neya, że pojawienie się cukru w moczu położnic i dobrych mamek jest stanem fizyologicznym. Tam, gdzie nie przychodzi do wydzielania się mleka, jak n. p. przy poronieniu, glikozurya nie występuje ani podczas ciąży ani po poronieniu.

Wobec tej skłonności osób ciężarnych i rodzących do glikozuryi należało być ostrożnym z podawaniem im większych ilości cukru. Dlatego wybierano do doświadczeń osoby, u których żadnych cięższych zboczeń wykazać nie było można a przed każdem doświadczeniem badano pilnie mocz pod względem obecności białka i cukru, a tylko tym podawano cukier, których mocz nie zawierał wcale albo też zaledwie ślad białka, cukru zaś zwykle używanemi próbami chemicznemi wcale nie wykazano. Wśród i po ukończeniu doświadczenia badano jeszcze kilkakrotnie mocz pod względem obecności cukru.

Początkowo podawano dziennie co najwięcej 100 do 200 gr., gdy jednak przekonałem się, że dawka taka wcale nie wpływa niekorzystnie na matkę ani na płód, a występująca następnie prawie zawsze glikozurya już po 24 godzinach, a co najdłużej, po dwóch dniach ustępowała bez śladu, zacząłem podawać cukier w nierównie większych dawkach. Dla łatwiejszego zażywania większych dawek podawałem cukier jako zawsze świeżo przygotowany syrop na zwykłej wodzie, lub też w odwarze ślazu, w rozcieńczeniu bowiem po wypiciu większych ilości słodkiego płynu nabierają osoby do niego wstrętu nieprzezwyciężonego, zaś zawierającą równą ilość cukru dawkę syropu zażywają chętnie. Do doświadczeń używałem zwykłego cukru trzcinowego kupnego.

W celu dokładniejszego uwidocznienia wpływu cukru na mięsień macicy najlepiej będzie przytoczyć w krótkości opis doświadczeń z osobna.

Przypadki, w których cukier podawałem, dadzą się podzielić na dwie grupy:

Do pierwszej zaliczam przypadki, w których podawano cukier po rozpoczęciu się czynności porodowej.

Druga obejmuje przypadki, w ktorych podawano cukier przed rozpoczęciem się czynności porodowej a więc u osób ciężarnych.

Grupę pierwszą musimy podzielić jeszcze na dwie części, według tego, czy w celu wzmocnienia bólów porodo-

wych podawano cukier w pierwszym, czy też w drugim okresie porodowym.

I. Grupa pierwsza:

a) Przypadki, w których podawano cukier w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych w pierwszym okresie porodowym.

1) J. F., lat 24. Nr. prot. 195. Ciąża I. miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe II, ustalone. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Dnia 6. Kwietnia o godzinie 6½ rano wykazało badanie część pochwową zanikłą, ujście wielkości grochu, rodząca twierdzi, że bólów porodowych nie ma.

Podano 50 grm. cukru, w pół godziny silne bóle, o godz. 8½ rano podano znów 50 grm. cukru, wystąpiły bardzo silne bóle, poród postępował szybko, o godz. 10½ przedpołudniem urodziła syna żywego niedonoszonego. Dnia 7. Kwietnia badanie moczu wykazało białka ślad, cukru nie widziano. Połóg prawidłowy.

2) M. P., lat 32. Nr. prot. 222. Ciąża III. miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe II. nieustalone. Tętna płodu nie słychać. W moczu białka ani cukru nie ma.

Na częściach płciowych liczne kłykciny sączące. Pierwsze bóle 12. Kwietnia po północy. Rano 12. Kwietnia wykazało badanie: ujście zewnętrzne na koronę, bóle słabe co pół godziny. Do godziny 3. popołudniu poród nic nie postąpił; podano zatem 50 grm. cukru, w pół godziny wystąpiły bóle silniejsze, o godz. 4. popołudniu podano 100 grm. cukru, poczem w kwadrans wystąpiły bóle bardzo silne, szybko po sobie następujące, a o godz. 5½ wieczór urodziła płód zmacerowany (*lues*). Dnia 13. Kwietnia w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

3) M. M. lat 22. Nr. prot. 221. Ciąża II. miesiąc księżycowy VI. pierwszy raz poroniła w 5. miesiącu. Położenie płodu czaszkowe I. Tętna płodu nie słychać. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 12. Kwietnia rano, dnia tego wieczorem część pochwowa zanikła, ujście na centa. Przez cały dzień następny aż do 14. Kwietnia rano poród nic nie postąpił. 14. Kwietnia o godz. 9 rano podano 100 grm. cukru bez widocznego skutku, o godz. $10^1/_2$ podano 100 grm. cukru. Wystąpiły bóle dość słabe, podano zatem o godz. $11^1/_2$ przedpołudniem jeszcze raz 100 grm. cukru. W pół godziny bóle wzmogły się bardzo znacznie, a poród postępował szybko tak, że już o godzinie 4 popołudniu urodziła płód zmacerowany (*lues*). Dnia 15. Kwietnia badanie moczu białka nie wykazało, cukru zaś sporo. Cukier w moczu wykazano następnie w dniu 16., 17. i 18. Kwietnia. Połóg prawidłowy.

4) H. W., lat 32. Nr. prot. 244. Ciąża V., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W płucach zmiany gruźlicze rozległe. W moczu białka ślad, cukru nie ma. Pierwsze bóle 27. Kwietnia rano. Tegoż o godz. $6^1/_2$ wieczór wykazało badanie ujście rozwarte na srebrny reński, główka nieustalona, bóle bardzo słabe, podano 100 grm. cukru. W kwadrans wystąpiły bóle silniejsze, w pół godz. zaś bardzo silne, a o godzinie $7^1/_4$ wieczór urodziła córkę żywą. Dnia 28. Kwietnia wieczór w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

5) K. K., lat 34. Nr. prot. 248. Ciąża VII., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. Dosyć znaczna ilość wód płodowych. Tętno płodu po stronie lewej słabo słyszalne. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 16. Maja wieczorem. 17. Maja rano przy ujściu na koronę, główce nieustalonej odpłynęły wody płodowe, bóle słabe. O godz. 10. przed południem podano 100 grm. cukru, w pół godziny wystąpiły nieco tylko silniejsze bóle, o godz. 12. w południe podano 100 grm. cukru, bóle jeszcze silniejsze, silnych bólów jednak nie było. O godz. 3. popołudniu ujście było już prawie zupełnie rozwarte, główka we wchodzie, bóle znacznie słabsze, niż przedtem, podano zatem jeszcze raz 100 grm. cukru, bóle wzmogły się i o godz. $5^1/_2$ wieczór powiła córkę żywą, donoszoną.

Dnia 18. Kwietnia badanie moczu wykazuje cukru ślad, dnia 19. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

6) Z. S., lat 28. Nr. prot. 298. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. ustalone. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 6. Czerwca rano. Badanie 7. Czerwca rano wykazało, część pochwową zupełnie zanikłą, ujście na koniec palca, bóle bardzo słabe. Do godziny 12. w południe poród nic nie postąpił, podano zatem 75 grm. cukru, w pół godziny później wystąpiły bóle silniejsze, o godz. 1. w południe podano znów 75 grm. cukru, bóle wzmogły się jeszcze więcej, poród postępował dość szybko i o godzinie 7. wieczór urodziła córkę żywą. Badanie moczu z dnia 8. Kwietnia wykazuje białka ślad i cukru dobry ślad. Dnia 9. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

7) M. W., lat 29. Nr. prot. 304. Ciąża II. Brzuch bardzo znacznie wypuklony, macica sięga dnem do wyrostka mieczykowatego mostka, badaniem zewnętrznem dadzą się wykazać trzy ciała duże, twardawe w jamie macicy, przypuszczano ciążę bliźniaczą. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 14. Czerwca wieczór. Dnia 15. Czerwca wieczorem ujście na srebrny reński rozwarte, bóle słabe, rzadkie. Dnia 16. Czerwca rano ujście zewnętrzne również na srebrny reński, sklepienia próżne, nad wchodem balotuje ciało twardsze, odpowiadające główce płodu, bólów nie ma. Dnia 16. Czerwca o godz. 11. przed południem podano rodzącej 75 grm. cukru, bóle nie wystąpiły silniejsze, o godz. 1. w południe podano 75 grm. cukru, poczem wystąpiły nieco silniejsze bóle. O godz. 3. popołudniu podano 75 grm. a o godz. 4. popołudniu jeszcze raz 75 grm. cukru. Wystąpiły bóle silne a częste, o godz. 6. wieczór urodziła córkę w położeniu czaszkowem I., w kilka minut później zaś urodziła syna w położeniu miednicowem II. Macica kurczyła się bardzo dobrze, w 10 minut po porodzie odszedł popłód.

Dnia 17. Czerwca w moczu białka i cukru dobry ślad. Dnia 18. Czerwca w moczu białka nie znaleziono, cukru ślad. Dnia 19. Czerwca badanie moczu nie wykazało ani cukru ani białka. Połóg prawidłowy.

8) E. T., lat 20. Nr. prot. 322. Ciąża II. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 3. Lipca w nocy. Rano dnia 4. Lipca badanie wykazało: część pochwowa nie zupełnie jeszcze zanikła, szyja wygodnie przepuszcza palec, bóle bardzo słabe. Wieczorem 4. Lipca stan ten sam: poród nic nie postąpił, bólów prawie żadnych nie ma, dlatego o godzinie 8. wieczór podano 50 grm. cukru, o godz. 9. wieczór znów 50 grm., o godz. 10. jeszcze raz 50 grm., poczem wystąpiły bóle nieco silniejsze. O godz. 11. w nocy wykazało badanie część pochwową zupełnie zanikłą, ujście na srebrny reński, podano rodzącej 50 grm. cukru a o godz. 12 w nocy jeszcze raz 50 grm. cukru. Bóle wystąpiły znacznie silniejsze, jednak bardzo silnych i częstych bólów rodząca nie miała; badanie 5. Lipca o godz. 2. w nocy wykazało, iż ujście jest prawie zupełnie rozwarte, główka we wchodzie, bóle jednak osłabły znacznie na nowo. Cukru więcej nie podawano rodzącej, bóle pozostały słabe do końca porodu, który się przeciągnął do godz. 8½ rano dnia 5. Lipca. Płód płci męskiej donoszony, żywy. Dnia 5. Lipca rano wykazano w moczu cukier. Dnia 6. Lipca badanie moczu nie wykazało ani białka ani cukru. Połóg prawidłowy.

9) M. R., lat 34. Nr. prot. 376. Ciąża IV., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie wykazano.

Pierwsze bóle 29. Lipca w nocy. Dnia 20. Lipca o godz. 9-tej rano, część pochwowa zanikła, ujście na koronę, bóle ustały prawie zupełnie. Przez cały dzień 29. Lipca bólów rodząca nie miała. Dnia 30. Lipca o godz. 9. rano, ujście na koronę tak, jak dnia poprzedniego, główka ruchoma nad wchodem, o godz. 9. rano podano rodzącej 100 grm. cukru, w pół godziny wystąpiły bóle silniejsze. O godz. 12.

w południe ujście było już całkiem rozwarte, główka we wchodzie ustalona, podano jeszcze 50 grm. cukru, bóle wzmogły się jeszcze bardziej, o godz 4. po południu urodziła się córka żywa, donoszona. Badanie moczu w dniu 31. Lipca nie wykazało ani białka ani cukru. Połóg prawidłowy.

10) A. K., lat 37. Nr. prot. 390. Ciąża IV., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 2. Sierpnia po południu. 3. Sierpnia rano wykazało badanie część pochwową zanikłą, ujście na srebrny reński rozwarte, główka nad wchodem, bóle rzadko występujące i bardzo słabe, dlatego o godz. 9 rano podano rodzącej 75 grm. cukru a o godzinie 11. przed południem jeszcze raz 75 grm. poczem wystąpiły bóle silniejsze często po sobie następujące; poród o godz. $1^1/_2$ po południu. Córka żywa, donoszona. Dnia 4. Lipca w moczu cukru śladu białka nie ma. 5. i 6. Lipca w moczu cukru ślad. 7. Lipca w moczu nie wykazano cukru. Połóg prawidłowy.

11) M. Ż., lat 24. Nr. prot. 382. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 8. Września wieczór. Dnia 9. Września rano główka płodu we wchodzie ustalona, część pochwowa zanikła, ujście na srebrny reński, bóle bardzo słabe. Dnia 9. Września wieczorem stan ten sam co rano, dlatego o godzinie 9. wieczór podano 75 grm. cukru, o godz. 10. wieczór jeszcze 75 grm.; wystąpiły bóle silniejsze i częstsze, o godz. 11. podano jeszcze raz 75 grm. cukru, wystąpiły bóle silne, częste, długo trwające, poród szybko postępował i dnia 10. Września o godz. 3. w nocy urodził się syn żywy, ważący około 4000 grm. 10. Września w moczu białka nie znaleziono, cukru ślad. 11. Września w moczu cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

12) K. P., lat 28. Nr. prot. 535. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie czaszkowe II. ustalone, W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 12. Listopada rano, wieczór część pochwowa zupełnie zanikła, ujście na centa, główka w próżni miednicy. Przez cały dzień 13. Listopada bólów rodząca nie miała, poród nie postąpił nic, badanie w dniu 13. wieczorem wykazało stan ten sam jak dnia poprzedniego. 13. Listopada wieczorem o godz. 8. podano rodzącej 75 grm. cukru, wystąpiły słabe bóle, o godz. 9½ podano 50 grm. a o godz. 11½ w nocy jeszcze raz 50 grm. cukru. Wystąpiły bóle silne i wydatne, o godz. 2. w nocy pęcherz pękł a o godz. 4. rano 14. Listopada urodziła syna żywego, donoszonego. W dniu 14. Listopada wykazano w moczu cukier. 15. Listopada badanie moczu nie wykazało ani cukru ani białka. Połóg prawidłowy.

13) M. L., lat 24. Nr. prot. 534. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. ustalone, główka w próżni miednicy. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 11. Listopada rano, część pochwowa prawie zanikła, przez cały dzień 11. i 12. Listopada zaledwie kilka bólów słabych. 13. Listopada w południe podano 50 grm., wieczorem znów 50 grm. cukru bez znaczniejszego skutku, bóle nie wzmogły się wcale. Badanie 14. Listopada rano wykazało stan ten sam, co w d. 11. Listopada; o godzinie 8. rano podano 75 grm. cukru. o 11. przed południem jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły nie bardzo silne, lecz częste bóle, o godz. 2. po południu ujście rozwarte na cent, podano rodzącej 75 grm. cukru, poczem około 3. godzinie popołudniu wystąpiły bardzo silne i wydatne bóle. O godzinie 4. popołudniu podano jeszcze 75 grm. cukru, o godzinie 6. wieczór ujście prawie na srebrny reński a o godzinie 9. wieczór ujście zupełnie rozwarte. Poród 14. Listopada o godzinie 10½ w nocy. Syn żywy, donoszony. W dniu 15. Listopada badanie moczu białka nie wykazało, cukru zaś sporo. Dnia 16. Listopada wykazano w moczu cukier. 17. Listopada zaś w moczu ani cukru ani białka nie wykazano. Połóg prawidłowy.

14) J. K., lat 27. Nr. prot. 536. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie wykazano.

Pierwsze bóle 22. Listopada rano, badanie o godz. 11. przed południem wykazało część pochwową niezupełnie zanikłą, szyja wygodnie przepuszcza palec. O godz. 6. wieczór stan prawie taki sam jak przed południem, bóle bardzo rzadkie i słabe, dlatego podano 75 grm. cukru a o godzinie $7^1/_2$ jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły bóle silne i wydatne tak, że przed godziną 8. ujście było już na talara. O godz. $8^1/_2$ podano rodzącej 100 grm. cukru, wystąpiły bóle bardzo silne i długo trwające, o godz. $9^1/_2$ wieczór zaś urodziła syna żywego, donoszonego. Dnia 23. Listopada w moczu białka nie wykazano, cukru tylko ślad. 24. Listopada w moczu białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

Z zebranych krótko powyżej opisanych doświadczeń widzimy, że podawano cukier w celu wzmocnienia bólów w pierwszym okresie porodowym czterem pierwiastkom i dziesięciu wieloródkom.

Z tych czterech pierwiastek u pierwszej (przypadek pierwszy) rozpoczęto podawać cukier przy ujściu rozwartem na groszek, ogółem podano jej 100 grm. cukru, poród nastąpił w 4 godziny po podaniu pierwszej dawki. U drugiej (przypadek szósty) rozpoczęto podawać cukier przy ujściu na centa, ogółem podano 150 grm., poród w 7 godzin po pierwszej dawce. U trzeciej (przypadek dwunasty) rozpoczęto doświadczenie przy ujściu na centa, ogółem podano 200 grm. cukru, poród w 8 godzin po podaniu pierwszej dawki. U czwartej (przypadek trzynasty) po podaniu 100 grm. cukru jednego dnia żadnego działania nie spostrzeżono, drugiego dnia rozpoczęto podawać cukier przy ujściu na groszek, ogółem podano 300 grm., poród w 14 godzin po rozpoczęciu doświadczenia po raz drugi. Z tego wynika, iż zwiększenie się bólów porodowych nie zależy od ilości podanej dawki cukru, lecz raczej przypuścić musimy, iż różne osoby są rozmaicie wrażliwe na działanie cukru. To samo

odnosi się i do wieloródek. I tak po 300 grm. cukru podano w przypadkach 3-cim, 5-tym i 7-mym, po 250 grm. podano w 8-mym i 14-tym, 225 grm. w przypadku 11-tym, po 150 grm. w 2-gim, 9-tym i 10-tym, 100 grm. zaś podano w przypadku 4 tym. Gdy najprędzej, bo za godzinę po podaniu cukru nastąpił poród w przypadku 4 tym, za 3 godziny po podaniu pierwszej dawki w przypadku 2-gim i 14 tym, w 4. godziny w przypadku 10-tym, w 6 godzin w 11-tym, w 7 godzin w przypadkach 3 cim, 5-tym, 7-mym i 9-tym, w 12 godzin zaś po 1-szej dawce w przypadku 8-mym.

Pierwszy okres porodu przygotowawczy trwa zazwyczaj średnio około 18—20-tu godzin u pierwiastek a 10 do 14-tu godzin u wieloródek. Okres zaś drugi trwa około 2 godziny u pierwiastek a godzinę u wieloródek. Poród zatem u pierwiastek trwa zazwyczaj około 20—22 godzin a 11—15-tu godzin u wieloródek. Niektórzy zaś autorowie ich Fournel (*Anomalies de la force expultrice. Union. med.* 1889. 19. Marca) przyjmują średnio czas trwania porodu na 24 godzin u wieloródek a 30 godzin u pierwiastek a więc znacznie dłuższy przeciąg czasu. Tymczasem po podaniu cukru u osób rodzących z bólami słabymi, okres pierwszy i drugi razem trwał prawie we wszystkich naszych przypadkach (z wyjątkiem w przypadku 8-mym i 13-tym) znacznie krócej, bo u pierwiastek od 4—8-miu godzin, u wieloródek zaś od 3—7 miu godzin. Ponieważ jednak doświadczenia nasze rozpoczynaliśmy, gdy czynność porodowa już była w toku, już się rozpoczęła, należy zatem do powyż podanej ilości godzin w naszych przypadkach doliczyć jeszcze pewną liczbę godzin na czas od samego początku porodu aż do rozpoczęcia doświadczenia. Chcąc być ostrożnym przyjmuję, iż od samego początku porodu aż do rozpoczęcia doświadczenia, przy podawaniu cukru upłynęłoby dwa razy tyle czasu, co od rozpoczęcia doświadczenia aż do ukończenia porodu w danym przypadku. W ten sposób licząc wypada, iż poród przy podawaniu cukru u osób rodzących z bólami słabymi trwałby według naszych do-

świadczeń od 12 do 24 godzin a więc średnio 18 godzin u pierwiastek a 9 do 21 godzin, to jest średnio 15 godzin u wieloródek a więc w żadnym razie nie dłużej, aniżeli podają podręczniki przy prawidłowych bólach porodowych. Jeżeli zaś podawanie cukru osobom rodzącym z bólami słabymi, u których poród zawsze się przeciąga, skraca czas trwania porodu, to dziać się to może tylko skutkiem zwiększenia się, wzmocnienia bólów porodowych. Na podstawie zatem naszych doświadczeń możemy twierdzić, iż podawanie osobom rodzącym większych (100 do 300 grm.) ilości cukru wzmacnia bóle porodowe i to przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków. Powszechnie znaną jest rzeczą, iż prawie zawsze u osób rodzących z bólami słabymi po pewnym dłuższym lub krótszym czasie, występują bóle silniejsze a więc bóle zwiększają się samoistnie i w większej liczbie przypadków osoby takie rodzą same bez użycia jakichkolwiek środków wzmacniających bóle. Mógłby kto zatem powiedzieć, iż w naszych przypadkach nie cukier wzmocnił bóle porodowe, lecz że w czasie tym miały bóle porodowe samoistnie się zwiększyć i wzmocniły się tak, jak to często bywa. Otóż gdybyśmy na podstawie jednego lub dwu doświadczeń wysnuwali wnioski, to możnaby rzeczywiście przypuścić, iż rozpoczynając doświadczenie, trafiliśmy przypadkiem właśnie na czas, w którym bóle miały samoistnie się zwiększyć i że czas podania cukru osobie rodzącej zeszedł się tylko z chwilą zwiększenia się bólów. Trudno jednakże przypuścić, iżbyśmy na czternaście doświadczeń we wszystkich prawie natrafiali tak szczęśliwie na tę chwilę, w którejby bóle porodowe miały się samoistnie zwiększyć i dlatego mojem zdaniem ten zarzut stanowczo odpada.

Poważniejszy jednak zarzut mógłby nas spotkać a mianowicie, że po podaniu większych ilości cukru bardzo często występuje glikosurya, do której osoby rodzące i położnice są nadzwyczaj skłonne. Otóż z doświadczeń naszych wynika, że rzeczywiście po podaniu nawet niezbyt wielkich ilości cukru (150 do 300 grm.) wystąpić może glikosurya kilka dni nawet trwająca, (przypadek 10-ty, 3-ci, 7-my i 5-ty)

jednak powyższe doświadczenia pouczają nas zarazem, iż glikosurya ta przemija w zupełności bez śladu, bez widocznej szkody dla zdrowia matki i płodu. Być może, iż w ten sposób powstała glikosurya u osób z cierpieniem nerek, serca lub wogóle u osób ze zaburzeniami w krążeniu krwi i z upośledzeniem przemiany materyi mogłaby się dłużej utrzymywać a nawet niekorzystnie wpłynąć na stan ogólny i dlatego sądzę, iż podawanie cukru w większych ilościach należałoby ograniczyć tylko do osób, u których znaczniejszych zmian w narządach wewnętrznych wykazać nie można tak, jak to uczyniono w powyższych doświadczeniach.

b) Przypadki, w których podawano cukier w celu wzmocnienia słabych bólów w drugim okresie porodowym.

1) H. G., lat 24. Nr. prot. 227. Ciąża I., miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma. Bóle bardzo słabe od początku porodu. Dnia 27. Kwietnia o godz. 3. popołudniu przy ujściu zupełnie rozwartem, główce w próżni miednicy, pękł pęcherz płodowy. Do godz. 7. wieczór główka nie zstąpiła niżej, podano zatem 100 grm. cukru, po kwadransie wystąpiły silne bóle i o godz. 8. wieczór urodziła córkę żywą, niedonoszoną. W dniu 28. Kwietnia wykazano w moczu cukier, 29. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie wykazano. W połogu powstało owrzodzenie przy wejściu do pochwy, zresztą połóg prawidłowy.

2) M. C., lat 37. Nr. prot. 286. Ciąża VII., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu cukru ani białka nie ma. Przyszła na oddział 2. Czerwca przed południem po pęknięciu pęcherza płodowego z główką w pochwie. O godz. 3. popołudniu małe przedgłowie, bóle słabe; o godz. $5^1/_2$ popołudniu przedgłowie dość duże, tętno płodu dobre, bóle słabe. Przed godz. 6-tą wieczór podano 100 grm. cukru, w kwadrans potem wystąpiły dość silne bóle i o godz. $6^1/_2$ wieczór urodziła syna żywego. Badanie moczu dnia 2., jak również i 3. Czerwca białka ani cukru nie wykazało. Połóg prawidłowy.

3) M. M., lat 25. Nr. prot. 269. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. Ścieśnienie miednicy. D. S. = 24. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18. cm. W moczu białka ślad, cukru nie ma. Pierwsze bóle 23. Czerwca rano. 24. Czerwca rano przy ujściu na talar pękł pęcherz, główka we wchodzie. O godzinie 7. wieczór główka ciągle we wchodzie, przedgłowie dość duże, tętno płodu dobre, bóle dość dobre, lecz rzadkie. O godz. 7. wieczór podano 50 grm. cukru, o godz. 8. jeszcze 50 grm. bóle silniejsze wystąpiły, o godzinie 9. podano 50 grm. Badanie wówczas wykazało ujście zupełnie rozwarte, główka największym obwodem przeszła przez wchód miednicy, o godzinie 10. znów 50 grm. cukru, główka zstąpiła do próżni; ponieważ bóle nieco osłabły, przeto około godz. 10½ podano rodzącej jeszcze raz 50 grm. cukru. O godzinie 11. w nocy urodziła syna żywego, donoszonego. Dnia 25. Czerwca w moczu sporo cukru, 26. Czerwca cukru tylko ślad, białka nie ma. 27. Czerwca w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

4) M. C., lat 30. Nr. prot. 328. Ciąża IV., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ślad mały, cukru nie ma. Pierwsze bóle 2. Lipca w nocy. Dnia 2. Lipca o godzinie 8. wieczór główka w pochwie, bóle bardzo słabe, do godziny 10. w nocy poród nic nie postąpił. Przed godziną 11. w nocy dostała 100 grm. cukru a o godz. 11½ podano jej 75 grm., wystąpiły bóle silniejsze i przed godziną 12. w nocy urodziła córkę żywą, ważącą 4200 grm. Dnia następnego w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

5) A. N., lat 25. Nr. prot. 366. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ślad, cukru nie wykazano. Pierwsze bóle 20. Lipca popołudniu. Przyszła z główką w pochwie 21. Lipca rano, przy bólu główka pokazuje się ze szpary sromowej, bóle słabe, przedgłowie nie wielkie, tętno płodu dobre. O godz. 5. rano podano 50 grm., za pół godziny jeszcze raz 50 grm. cukru, bóle silniejsze w 30 minut po podaniu pierwszej dawki,

o godzinie 6. rano urodziła syna żywego, który ważył 4300 grm. Dnia 21. Lipca przed południem w moczu białka ślad, cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

6) A. K., lat 23. Nr. prot. 391. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. Ścieśnienie miednicy D. S.=23. D. C.=26. D. T.=30. *Conj. extr.*=17 $^1/_2$ cm. W moczu białka ani cukru nie ma. Pierwsze bóle 3. Sierpnia w południe. Dnia 4. Sierpnia o godzinie 6. rano pęcherz pękł przy ujściu prawie całkiem rozwartem, główce we wchodzie ustalonej. Do godz. 10. przed południem główka nie zstąpiła niżej, tworzy się przedgłowie, dlatego podano 50 grm. cukru, w kwadrans potem bóle wystąpiły silniejsze, o godz. 10 $^1/_2$ podano jeszcze 50 grm. a o godz. 11. jeszcze raz 50 grm. cukru. Bóle silne i wydatne wystąpiły i o godzinie 11 $^1/_2$ przed południem urodziła syna żywego. Dnia 4. Sierpnia w moczu spory ślad cukru, 5. Sierpnia białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

7) T. K., lat 20. Nr. prot. 433. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu ślad białka, cukru nie ma. Pierwsze bóle 31. Sierpnia wieczorem. 1. Września o godzinie 4. popołudniu pękł pęcherz przy ujściu zupełnie rozwartem, główce w próżni miednicy, bóle słabe i nie częste. O godz, 7. wieczór główka pokazuje się ze szpary sromowej przy bólu. Do godziny 9. wieczór stan tensam, tylko wytworzyło się przedgłowie, dlatego podano 50 grm. a za pół godziny znów 50 grm. cukru, bóle wzmogły się i o godzinie 10. wieczór urodziła się córka żywa. W dniu 2. Września w moczu białka ani cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

8) M. H., lat 43. Nr. prot. 347. Ciąża XI., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka śladzik, cukru nie ma. Pierwsze bóle 5. Września rano. O godzinie 3. popołudniu pękł pęcherz przy ujściu rozwartem prawie zupełnie, bóle słabe. O godzinie 7. wieczór główka w pochwie, bóle zupełnie prawie ustały, o godzinie 9 $^1/_2$ wieczór stan ten sam, bólów nie ma, podano 100 grm. cukru a o godzinie 10. wieczór 50 grm., wystąpiły

bóle silne i o godzinie $10\frac{1}{2}$ wieczór urodziła córkę żywą. Dnia 6. Września rano w moczu cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

9) M. K., lat 21. Nr. prot. 348. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma. Pierwsze bóle 26. Września wieczór. 27. Września o godzinie 2. popołudniu pękł pęcherz przy ujściu prawie zupełnie rozwartem, główce we wchodzie ustalonej. Do godziny 9. wieczór główka nie obniżyła się, tylko wytworzyło się przedgłowie, podano rodzącej 75 grm. cukru. O godzinie 10 wieczór podano 75 grm., wystąpiły bóle bardzo silne, poczem główka przeszła największym obwodem przez wchód i obniżyła się, o godzinie 11. wieczór podano jeszcze raz 75 grm., wystąpiły silne bóle szybko po sobie następujące i o godzinie 11. w nocy urodziła córkę żywą, której ciężar ciała wynosił 4000 grm. przeszło. W dniu 28 Września wykazano w moczu białka ślad i obecność cukru. 29. Września w moczu cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

10) F. K., lat 18. Nr. prot. 508. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., nie ukończony, położenie płodu czaszkowe I. Wychudnienie znaczne, ścieśnienie miednicy D. S. = 23. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18. Mocz prawidłowy. Pierwsze bóle 16. Października wieczór. 18. Października rano ujście zewnętrzne na srebrny reński, pęcherz stoi, główka we wchodzie miednicy. O godzinie 2. popołudniu pękł pęcherz. O godzinie 6. wieczór ujście prawie zupełnie rozwarte, główka szczytem w próżni, przedgłowie bardzo duże, bóle słabe i rzadkie; podano zatem 75 grm., cukru a o godz. $6\frac{1}{2}$ wieczór jeszcze raz 75 grm., zaraz wystąpiły silne bóle i o godz. 7. wieczór urodziła syna żywego. Dnia 19. Października badanie nie wykazuje cukru w moczu. Połóg prawidłowy.

11) F. T., lat 35. Nr. prot. 443. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. Pierwszy poród ciężki, ukończony za pomocą kleszczy, płód wydobyty miał być duży, lecz nieżywo urodzony. Wymiary miednicy:

D. S. = 26. D. C. = 27. D. T. = 31. *Conj. extr.* = 19. W moczu białka ani cukru nie znaleziono. Pierwsze bóle 19. Października wieczorem. Dnia 20. Października rano badanie wykazało ujście rozwarte na talar, pęcherz pękł, główka nie ustalona nad wchodem. Bóle słabe i nie częste. O godzinie 12. w południe, przedgłowie dość wielkie, ujście prawie zupełnie rozwarte, główka wparta do wchodu, bóle słabe, podano zatem 75 grm. cukru, wystąpiły bóle silniejsze, o godzinie 1. w południe podano znów 75 grm. a o godzinie 2. popołudniu jeszcze raz 75 grm. Po godzinie 2. główka przeszła największym obwodem przez wchód i obniżyła się znacznie a o godzinie $3^1/_2$ popołudniu urodziła się córka żywa, której ciężar ciała dochodził do 4000 grm., kości czaszki twarde, niepodatne. Bóle silne i wydatne utrzymywały się do końca porodu. Dnia 21. Października badanie moczu nie wykazało białka, cukru zaś tylko ślad. 22. Października w moczu białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

A zatem podawano cukier w celu wzmocnienia bólów porodowych w drugim okresie sześciu pierwiastkom a pięciu wieloródkom. Rozpoczynano doświadczenia przy ujściu zupełnie lub prawie zupełnie rozwartem, sześć razy przy ustawieniu główki niskiem (w pochwie), pięć razy zaś przy ustawieniu główki we wchodzie miednicy i objętej ścianami szyjki macicy (ustawienie wysokie). W przypadkach, gdzie główka płodu była ustawioną nisko, od rozpoczęcia doświadczenia do ukończenia porodu potrzeba było w jednym przypadku (2-gi) pół godziny, w czterech (przypadek 1-szy, 4 ty, 5-ty i 7-my) godzinę a w jednym przypadku (8 my) półtorej godziny, średnio zatem potrzeba było jednej godziny. Z tych sześciu przypadków w czterech (1-szy, 2-gi, 5-ty i 7-my) podano ogółem po 100 grm., w jednym (przypadek 8-my) podano 150 grm. a w jednym (4-ty) przypadku 175 grm. cukru.

W przypadkach, gdzie główka płodu była we wchodzie miednicy, potrzeba było od rozpoczęcia doświadczenia do ukończenia porodu w jednym (10-ty) przypadku przeszło

godziny, w jednym (9-ty) dwóch i pół godziny, w jednym (3 ci) trzech a w jednym przypadku (11-ty) trzech i pół godziny, średnio zatem potrzeba było $2^1/_2$ godzin. W dwu przypadkach (6-ty i 10-ty) podano ogółem po 150 grm., w dwu (9-ty i 11-ty) po 225 grm. a w jednym (3-ci) 250 grm. cukru.

Z tych jedenastu przypadków tylko w jednym (przypadek 3-ci) wykazano cukier w moczu po porodzie przez dwa dni z rzędu, w czterech przypadkach (1-szy, 6-ty, 9-ty i 11-ty) wykazano cukier w moczu tylko w przeciągu pierwszych 24 godzin, w sześciu zaś wcale cukru w moczu nie znaleziono.

W powyż opisanych przypadkach wobec słabych bólów stósunkowo do przezwyciężyć się mającej przeszkody czekano dłuższy lub krótszy czas na pojawienie się silniejszych bólów a więc na samoistne mogące wystąpić wzmocnienie bólów i dopiero wtedy, gdy one nie zwiększały się, podawano cukier.

Jak z opisu wynika, silniejsze bóle występowały najczęściej w 15 do 30 minut po podaniu cukru, nieraz jednak potrzeba było, gdy pierwsza nie skutkowała, podać drugą dawkę dla wywołania większych bólów. Z porównania zaś wynika, że gdy średnio potrzeba było godziny i około 125 grm. cukru do ukończenia porodu przy ustawieniu główki niskiem, to przy ustawieniu główki wysokiem potrzeba było średnio $2^1/_3$ godzin czasu i podania około 200 grm. cukru. Jeżeli rodząca ma bóle parte, to potrzeba stósunkowo mniejszej ilości cukru do rychłego skutku a to z powodu, iż przy bólach partych znaczną rolę odgrywa siła tłoczni brzusznej polegająca na działaniu mięśni dowolnych. Ponieważ zaś cukier użyty wewnętrznie działa pobudzająco na mięśnie, przeto równocześnie ze zwiększeniem się skurczów macicy zwiększa się wydatnie i działanie tłoczni brzusznej.

Oprócz powyż opisanych próbowałem podawać cukier jeszcze w sześciu przypadkach słabych bólów porodowych u rodzących, jednak po zażyciu już malej dawki (50 do 100 grm.) dwie z nich dostały nudności i wymiotów, inne

zaś nie chciały w żaden sposób zażyć drugiej dawki, twierdząc, iż mają nudności i słodyczy nie znoszą. Działania wzmacniającego bóle w tych przypadkach nie było żadnego. Sądzę jednak, iż przypadków tych nie można uważać za takie, w których cukier nie działał i okazał się bezskutecznym a to z powodu, iż w dwu z nich prawie cała dawka cukru została zaraz wydaloną z ustroju (wymioty), w dalszych zaś czterech dawka podana mogła być dla tych osób za słaba do wywołania pożądanego skutku.

Tu chciałbym na ważną, mojem zdaniem, okoliczność zwrócić uwagę, oto że robiąc te doświadczenia, przekonałem się, iż u osób, które znoszą dobrze większe dawki cukru, które twierdzą, że im podane lekarstwo smakuje, taka sama dawka cukru działa silniej i prędzej aniżeli u osób, które się wypraszają od większych ilości cukru, pytanie jednak dlaczego? To pewna, że gdy rodząca niechętnie zażywa cukier, to naprzód można powiedzieć, iż w tym przypadku potrzeba będzie dużej dawki do wzmocnienia bólów, znacznie większej, aniżeli u drugiej, której cukier smakuje.

W celu wzmocnienia skurczów macicy w trzecim okresie porodowym cukru nie podawano a to z powodu niewypróbowanego i słabego działania a wreszcie, iż w trzecim okresie przy atonii macicy nie ma czasu na doświadczenia, zwłaszcza wobec obfitego krwawienia. Jeżeli jednak zważymy, iż u osób rodzących z bólami słabymi bardzo często występuje w trzecim okresie niedowład mięśnia macicy a w przytoczonych opisach 25-ciu przypadków nie znajdujemy nigdzie nawet wzmianki o atonii macicy w trzecim okresie, to przypuścić musimy, iż działanie cukru wzmacniające skurcze macicy rozciąga się także i na trzeci okres porodowy; trudno bowiem przypuścić, aby na 25 przypadków gnuśnej macicy wśród porodu, nie wystąpiła kilka przynajmniej razy wybitniej atonia macicy w trzecim okresie lub też po ukończeniu porodu, objawiająca się n. p. silniejszym krwotokiem. Jeżeli zaś to nasze przypuszczenie byłoby usprawiedliwione, w takim razie korzystnem byłoby podawanie niewielkich dawek cukru przy końcu porodu u osób, u których obawiamy się

niedowładu macicy, gdyż w każdym razie podanie cukru w niewielkiej ilości ani matce ani dziecku zaszkodzić nie może a w pewnych przypadkach mogłoby zapobiedz wystąpieniu atonii macicy.

Bóle po podaniu cukru silniej występujące nie tracą w niczem swojego charakteru, są zupełnie takie same, jak prawidłowe silne bóle porodowe, nawet po podaniu większych dawek nie są wcale kurczowe, lecz zwiększając się powoli dosięgają pewnej granicy i znów powoli słabną w pewnych odstępach czasu rytmicznie. Ta własność cukru nie zmieniania typu bólów porodowych, lecz tylko ich wzmacniania, nadaje mu wyższość nad wszystkimi dotychczas używanymi środkami, pewność zaś, że nawet dość znaczne ilości cukru nie są szkodliwe ani dla matki ani dla płodu, pozwala na stósowanie go bez obawy u osób zupełnie zdrowych.

II. Grupa druga,

obejmująca przypadki, w których podawano cukier w bardzo wielkich ilościach osobom ciężarnym a to w celu przekonania się, jak w ogóle bardzo wielkie dawki cukru będą oddziaływać na matkę i na płód, a w szczególności, czy cukier nie ma własnosei wywoływania skurczów macicy ciężarnej.

1) R. F., lat 28. Nr. prot. 177. Ciąża III., miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe. Przez trzy pierwsze miesiące ciąży *vomitus gravidarum*; obecnie od dłuższego czasu nic jeść nie może. Badanie moczu nie wykazało ani białka ani cukru. 7. Kwietnia podano jej o godzinie 6. rano 60 grm. cukru, o godz. 8. rano 60 grm. bez skutku, o godz. 10. rano 75 grm. bez żadnego wpływu na macicę i na stan ogólny, bez dostrzeżenia żadnego wpływu na macicę i na stan ogólny, bez dostrzeżenia żadnego wpływu na płód. W moczu tego samego dnia wykazano ślad cukru. 19. Kwietnia o godzinie 8. rano podano jej 100 grm. cukru, o godz. 10. rano 100 grm. bez żadnego wpływu, o godz. 12. 1C0 grm. o godz. 2. popołudniu 100 grm. cukru i nie

dostrzeżono żadnego skutku, o godz. 4. popołudniu podano znów 100 grm. poczem wystąpiły słabe ściągania się macicy, słabe bóle kłujące dołem w brzuchu, bóle w krzyżach, tętno płodu nie zmienione, silne, równe, tak jak przed rozpoczęciem doświadczenia. O godz. 6. wieczór podano jeszcze raz 100 grm. cukru, poczem ściągania się macicy stały się jeszcze silniejsze, ciężarna jednak dostała wśród tego biegunki i zaczęła się skarżyć na nudności i ból w dołku podsercowym, skutkiem czego przerwano doświadczenie. W moczu wykazano cukier. Na drugi dzień biegunka mniejsza, wieczorem zupełnie nawet ustąpiła, ból w dołku mniejszy, ściągania się macicy ustąpiły, tętno płodu bez zmiany, dobre. Przez dzień 20., 21., 22. Kwietnia utrzymywał się cukier w moczu. W dniu 8. Maja urodziła córkę żywą, donoszoną. Połóg prawidłowy.

2) M. C., lat 25. Nr. prot. 89. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Mocz prawidłowy. 9. Kwietnia rano wykazało badanie część pochwową na falangę długą, rozpulchnioną, ujście szparowate przepuszcza koniec palca, ku górze szyjka się zwęża. Dnia tego o godz. 8. rano podano 100 grm. cukru, o godz. 9. 100 grm. o godz. 10. 100 grm. cukru, bez żadnego wpływu. Skurcze macicy nie wystąpiły żadne, tętno płodu dobre jak przed doświadczeniem. Dnia 10. Kwietnia o godz. 6. rano podano jej 100 grm. cukru, o godzinie 10. 100 grm., o godz. 1. w południe 100 grm., o godz. 4. 100 grm. i o godz. 7. wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru. Dopiero około godz. 6. wieczorem zaczęła się skarżyć na ściągania dołem i ból w krzyżach, jak niemniej na bardzo silne ruchy płodu. Wieczorem zaczęła się skarżyć na nudności i ból w dołku, biegunka nie wystąpiła. Badanie około godziny 10. wieczór wykazało skurcze macicy wyraźne, tętno płodu dobre, silne, ruchy płodu bardzo częste i silne; część pochwowa rozpulchniona skrócona, ujście dla palca drożne, szyjka ku górze rozszerza się nieco. Dnia 11. Kwietnia ustąpiły ściągania się macicy, część pochwowa i szyjka jak przed doświadczeniem. Cukier w moczu utrzymywał się

przez $3\frac{1}{2}$ dnia. 23. Kwietnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

3) H. N., lat 24. Nr. prot. 165. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie wykazano. 16. Kwietnia wykazało badanie część pochwową na falangę długą, nieco rozpulchnioną, ujście kształtu groszka, bólów porodowych nie ma. O godzinie 10. przed południem podano 100 grm. cukru, poczem według podania ciężarnej ruchy płodu były silniejsze, o godz. $11\frac{1}{2}$ podano 100 grm. poczem wystąpiły bardzo słabe ściągania dołem, o godz. 1. w południe 100 grm. a o godz. 4. popołudniu 125 grm. wystąpiły wybitne ściągania macicy; o godzinie $5\frac{1}{2}$ dostała 125 grm. cukru, o godz. 7. wieczorem 125 grm. a o godz. 8. wieczór jeszcze raz 125 grm. Badanie wieczorem wykazało ściągania macicy wyraźne, część pochwowa na zaniknięciu, w kształcie cypelka, ujście jak groszek. Tętno płodu dobre, ruchy mocniejsze. Wieczorem wystąpiła biegunka bez bólów. 17. Kwietnia stan ten sam, biegunki nie ma, ból w dołku, brak apetytu. 18. Kwietnia ściągania się macicy ustały zupełnie. 19. Kwietnia wykazało badanie część pochwową na pół falangi długą na nowo utworzoną, ściągań macicy żadnych. Ciężarna czuje się zupełnie zdrową, przypadów ze strony przewodu pokarmowego nie ma żadnych. Przez dzień 16., 17. i 18. Kwietnia wykazano w moczu cukier. 28. Kwietnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

24) R. R., lat 27. Nr. prot. 297. Ciąża II., miesiąc księżycowy IX. skończony. Położenie płodu czaszkowe I., płód żyje. Mocz prawidłowy. 27. Czerwca rano wykazało badanie część pochwową rozpulchnioną na falangę długą, ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami na koniec palca, drożne, ku górze szyja się zwęża. O godz. 10. rano 100 grm. cukru, w południe 100 grm., wieczorem 100 grm.; wieczorem skarży się na słabe bóle dołem i w krzyżach. 58. Czerwca rano podano 100 grm., w południe 100 grm. i wieczór 100 grm. cukru, ściągania się macicy dość wyraźne, ruchy płodu bardzo silne, tętno dobre. 29. Czerwca

rano 100 grm. w południe 100 grm., wieczór 100 grm. cukru, badanie wykazało skurcze macicy wyraźne, szyjka macicy rozszerza się ku górze. 30. Czerwca rano ciężarna po podaniu 100 grm. cukru dostała wymiotów i bólu w dołku i dlatego cukru więcej nie podawano. Przez cały dzień skurcze macicy coraz słabsze. Dnia 1. Lipca wieczorem badanie nie wykazało ściągań się macicy, część pochwową na falangę długą, szyjka zwęża się ku górze, tętno płodu dobre. Ból w dołku podsercowym mniejszy znacznie, biegunka nie wystąpiła. W dniach 27., 28., 29., 30. Czerwca i 1., 2., 3. i 4. Lipca wykazano w moczu cukier. 3. Lipca ciężarna czuła się zupełnie zdrową. 22. Lipca urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

5) M. D., lat 28. Nr. prot. 325. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma. Dnia 4. Lipca rano, ciężarna bólów żadnych nie ma, część pochwowa na falangę, ujście tworzy szparę na koniec palca drożną, ku górze szyja się zwęża; rano dostała 100 grm. cukru, w południe 100 grm., wieczór 100 grm. Ruchy płodu silniejsze, bólów żadnych nie ma. Dnia 5. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm. cukru, wieczorem słabe ściągania dołem co $^1/_2$ godziny. 6. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm., wieczorem ściągania dołem i ból w krzyżach silniejszy, część pochwowa skrócona. 7. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm. cukru, wieczorem skurcze macicy wyraźne co 20 do 30 minut silne, część pochwowa na pół falangi, ujście wygodnie przepuszcza palec, szyjka ku górze rozszerza się nieco, tętno płodu dobre. Ciężarna skarży się na nudności i ból w dołku; przez czas doświadczenia miała 2 do 4 stolców płynnych dziennie bez bólów. 8. Lipca skurcze macicy słabe, ból w dołku i brak apetytu. 9. Lipca stan ten sam. 10. Lipca ściągań macicy i bólu w krzyżach nie ma, część pochwowa na falangę, szyjka ku górze zwęża się, tętno płodu dobre. Ból w dołku ustąpił, nudności nie ma, apetyt wrócił, stan ogólny zupełnie dobry. Od początku doświadczenia, to jest od dnia 4. Lipca aż do dnia 11. Lipca znajdował się cukier

w moczu w bardzo małych ilościach. 26. Lipca urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

6) L. P., lat 26. Nr. prot. 305. Ciąża III., miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe I. Tętno płodu dobrze słyszalne. Mocz prawidłowy. Dnia 16. Lipca rano wykazało badanie część pochwową rozpulchnioną, na falangę długą, ujście dla końca palca drożne, ku górze szyja się zwęża. Bólów nie ma żadnych. O godzinie 8. rano podano 100 grm. cukru, o godzinie 10. przed południem 100 grm., o godzinie 12. jeszcze 100 grm. a o godzinie 2. popołudniu 100 grm. Ciężarna skarży się na ciągnienie w członkach, bóle kłujące dołem w brzuchu i w krzyżach i na silne bardzo ruchy płodu. O godzinie 4. popołudniu dostała 100 grm., o godzinie 6. znów 100 grm. a o godzinie 8. wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru, poczem wystąpiły bardzo wyraźne skurcze macicy. Badanie o godzinie 11. wieczór wykazało skurcze macicy wyraźne, ruchy płodu silne i częste, tętno płodu dobrze słyszalne, silne, część pochwowa krótka, prawie na zaniku, ujście zewnętrzne wielkości centa. Ból w dołku podsercowym znaczny, nudności i uczucie gniecenia, biegunki nie ma, przez cały dzień miała dwa stolce. Dnia 17. Lipca rano skurcze macicy wyraźne, część pochwowa prawie zupełnie zanikła, ujście na centa. Biegunki nie ma. 18. Lipca skurczów macicy nie ma żadnych, ból w dołku nieznaczny. Badanie 19. Lipca wykazało część pochwową na niecałą falangę, ujście drożne dla palca, zwęża się ku górze, ściągań macicy nie ma żadnych, tętno płodu dobre jak przed doświadczeniem. Ciężarna czuje się zupełnie zdrową. W dniu 16., 17. i 18. Lipca wykazano w moczu cukier. 31. Sierpnia urodziła córkę żywą, donoszoną. Połóg prawidłowy.

7) A. B., lat 25. Nr. prot. 384. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Tętno płodu dobrze słyszalne. Mocz prawidłowy. Badanie dnia 3. Sierpnia wykazało część pochwową na falangę długą, rozpulchnioną, ujście kształtu grochu. Ściągań macicy nie ma żadnych. Rano o godz. 7. podano jej 100 grm. cukru, o godzinie $8^1/_2$

rano 100 grm., o 10. znów 100 grm. cukru, a o godz. $11\frac{1}{2}$ przed południem jeszcze 100 grm., poczem wystąpiły słabe ściągania dołem i bóle w krzyżach, ruchy płodu wzmożone, tętno płodu dobre. O godz. 3. popołudniu dostała 100 grm., o godz. $4\frac{1}{2}$ 100 grm., a o godz. 6. znów 100 grm. a o godzinie $7\frac{1}{2}$ wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru, wystąpiły ściągania się macicy wyraźne, bóle w krzyżach dość silne. Wieczór wystąpił ból w dołku podsercowym, nudności, wymioty i biegunka. Badanie około 11. w nocy wykazało ściągania macicy wyraźne, tętno płodu dobrze słyszalne, część pochwowa zaledwie na 2—3 milimetrów długa, a więc na zaniku, ujście jak groszek. 4. Sierpnia ból w dołku zmniejszył się, biegunka ustąpiła, skurcze macicy bardzo słabe i rzadkie. Dnia 5. Sierpnia ściągań macicy nie ma żadnych, część pochwowa wytworzyła się na nowo i jest na pół falangi długa, przypady ze strony przewodu pokarmowego ustąpiły zupełnie. Cukier w moczu wykazano 3., 4. i 5. Sierpnia. 22. Sierpnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

Przypadek, który opisuję na końcu jest ważnym z powodu, iż przez podawanie cukru udało się wywołać poród przed końcem ciąży z korzyścią dla matki i płodu.

8) K. T., lat 31. Nr. prot. 193. Ciąża V., miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe I. nie ustalone, główka wysoko nad wchodem. Miednica płask: D. S. = 26. D. C. = 28. D. T. = 30 cm. *Conj. extr.* = nie całe 18 cm. Pierwsze trzy porody miały być długo trwałe i ukończone przez trepanacyę i wymóżdżenie płodów, płody miały być bardzo silnie rozwinięte i wielkie. Czwarty raz rodziła w klinice położn.-ginek., jak stanowczo twierdzi w IX. miesiącu, wykonano obrót na nóżki i wydobyto płód żywy, który miał żyć 4 miesiące. Obecnie ostatnią regularność miała przy końcu Lipca 1893. r. W moczu białka ani cukru nie wykazano. 7. Kwietnia podano ciężarnej olejek rącznikowy i zalecono dyetę posilną, lecz prawie wyłącznie płynną. Dnia 8. Kwietnia badanie wykazało część pochwową na niecałą falangę, ujście szparowate, szyja zwęża się ku górze; o go-

dzinie $6\frac{1}{2}$ rano podano jej 75 grm., o godzinie $8\frac{1}{2}$ rano 75 grm., poczem miała doznać uczucia ściągania w pasie., ruchy zaś płodu wzmogły się znacznie. O godz. $10\frac{1}{2}$ przed południem dostała 100 grm. cukru a o godz. 12. w południe 100 grm.; wystąpiły słabe bóle dołem i w krzyżach. O godzinie $1\frac{1}{2}$ popołudniu dostała 100 grm., o godzinie 7. wieczór 100 grm. cukru, poczem wystąpiły dość silne skurcze macicy. Badanie wykazało: część pochwowa na zaniku, ujście zewnętrzne przepuszcza wygodnie dwa palce. 9. Kwietnia bóle znacznie słabsze, wieczorem ustały zupełnie, badanie wykazało stan ten sam jak dnia poprzedniego. Przez cały dzień 10., 11. i 12. Kwietnia nie miała silniejszych skurczów macicy. W dniu 8., 9., 10. i 11. Kwietnia wykazano w moczu cukier. Badanie 12. Kwietnia wieczorem wykazało część pochwową prawie zupełnie zanikłą, ujście zewnętrzne rozwarte na koronę, brzegi rozpulchnione, podatne. O godz. 6. wieczorem podano jej 100 grm. o 8 godz. 100 grm. a o godz. 10. wieczór 100 grm. cukru. W nocy 12. na 13. Kwietnia wystąpiły bóle silniejsze, rano 13. Kwietnia ujście było już prawie rozwarte, główka wysoko nad wchodem, więcej na talerzu biodrowym lewym. O godz. 10. przed południem przy ujściu zupełnie rozwartem, pęcherzu utrzymanym wykonano obrót na nóżkę, pomoc ręczna, a wreszcie wydobycie trudne główki płodu żywego, prawie donoszonego, o ciężarze około 3000 grm., długości niecałych 50 cm. Dnia 13 i 14. Kwietnia wykazano w moczu ślad cukru. Połóg prawidłowy.

W powyższych doświadczeniach jako największą dawkę cukru przez dzień podano 800 grm. w przypadkach 3. i 7., najmniej zaś bo 300 grm. dziennie, lecz za to 3 dni z rzędu, podano w przypadku 4. a przez 7 dni z rzędu w 5. przypadku. Doświadczenia te pouczają nas, że po podaniu bardzo wielkich ilości cukru osobom ciężarnym w końcu ciąży, istniejące u nich słabe ściągania macicy potęgują się i że wystąpić mogą nawet skurcze macicy i wywołać poród. Z zestawienia zaś tych przypadków wynika, iż w celu wy-

wołania skurczów macicy lepiej jest podawać większą ilość cukru w przeciągu jednego dnia, aniżeli przez kilka dni z rzędu mniejszą ilość, a dalej, iż w celu wywołania skurczów macicy u pierwiastek potrzeba użyć większej ilości cukru, aniżeli u wieloródek. Niekorzystnego wpływu na płód nie dostrzeżono w powyższych doświadczeniach, po większych dawkach występowały tylko silniejsze i częstsze ruchy płodu. Natomiast u osób, które poddano doświadczeniom, stale występowały w mniejszym lub większym stopniu przypady ze strony przewodu pokarmowego w postaci ostrego nieżytu żołądka i jelit tak, że u niektórych osób z tego powodu musiano natychmiast zaprzestać doświadczenia i zalecić odpowiednią dyetę. Oświadczam jednak wyraźnie, iż wymioty i biegunka występowały znacznie później po wykazaniu już silniejszych ściągań macicy, które zatem powstawały niezależnie od zboczeń w przewodzie pokarmowym. Przypady te nieżytu żołądka i jelit w naszych przypadkach ustępowały bardzo szybko bez śladu, najdłużej bowiem utrzymywały się przez dwa dni po ukończeniu doświadczenia. O wiele ważniejszą po podaniu bardzo wielkich ilości cukru jest stale występująca glikozurya trwająca czas dłuższy, bo utrzymująca się przez 3—4 dni po ukończeniu doświadczenia. Wprawdzie we wszystkich naszych przypadkach glikozurya ta ustąpiła bez śladu i bez widocznej szkody dla organizmu, prawdopodobnie dlatego, iż wybierano do doświadczeń osoby zupełnie zdrowe, jednak na podstawie tych ośmiu przypadków nie ośmieliłbym się twierdzić, iż glikozurya powstała skutkiem podawania tak wielkich ilości cukru ustępuje zawsze bez śladu, owszem zdaje mi się, że u osób skłonnych do glikozuryi, a za takie z wszelką pewnością na podstawie badań Neya uważać musimy osoby ciężarne i rodzące, mogłaby ona utrzymywać się w niektórych przypadkach znacznie dłużej, co z pewnością nie mogłoby być obojętnem dla całego ustroju. A zatem podawanie bardzo wielkich ilości cukru mogłoby wpłynąć niekorzystnie na zdrowie matki a pośrednio na płód i dlatego w takich doświadczeniach nie należałoby przekraczać pewnej dawki cu-

kru, którą w przybliżeniu oznaczyć można oczywiście dopiero na podstawie wielkiej liczby doświadczeń.

Na podstawie tych wszystkich powyż opisanych doświadczeń powiedzieć możemy, że:

1) Cukier podawany w bardzo wielkich dawkach osobom ciężarnym w końcu ciąży potęguje istniejące ściągania się macicy.

2) Cukier podawany w dość znacznych dawkach osobom rodzącym tak na czasie jakoteż i przedwcześnie wzmacnia bóle porodowe tak w pierwszym, jakoteż i w drugim okresie.

3) To zwiększenie się bólów porodowych po podaniu cukru nie zawsze zależy od jego ilości i dlatego działanie cukru pobudzające na mięsień macicy nie jest pewnem a z opisu doświadczeń wynika, iż działanie to wcale nie jest znacznem.

4) Cukru w bardzo wielkich ilościach nie należy podawać ani osobom ciężarnym ani rodzącym, a to z powodu występującej i czas dłuższy utrzymującej się glikozuryi.

Wobec tego sądzę, że podawanie cukru w celu wzmocnienia bólów porodowych nie będzie miało wielkiego powodzenia i znaczenia w praktyce, co najwięcej można zdaniem moim podawać cukier z dobrym skutkiem w drugim okresie porodowym, tak w celu wzmocnienia bólów w drugim okresie, jakoteż w celu lepszego, silniejszego kurczenia się macicy w trzecim okresie porodowym. Dla uzyskania skutku w takich przypadkach nie będzie potrzeba podawać cukru zbyt wielkich ilości a więc takich, które z pewnością szkody nie przyniosą. Nie sądzę jednak, iżbym miał prawo wypowiadać ostatnie słowo w tym względzie, za mała bowiem liczba moich doświadczeń na to stanowczo nie pozwala.

W dyskusyi nad odczytem kol. Kośmińskiego zabierali głos:

Kol. Rosner. Koledze Kośmińskiemu należy się bez wątpienia zasłużone uznanie i szczera wdzięczność ze strony naszego Towarzystwa za podjęcie doświadczeń, których wyniki bez uprzedzenia pro i contra na ostatniem posiedzeniu nam

przedstawił. O ile dosyć powszechny u nas skeptycyzm co do leków wewnętrznych nowych nie pozwalał nam bezkrytycznie przyjąć cukru w poczet nielicznych leków pobudzających bóle porodowe, o tyle dotkliwie dający się odczuwać brak takiego środka nie pozwalał znowu przechodzić do porządku dziennego nad tym nowym środkiem zachwalanym. Wskazane było z naszej strony czekanie, aż po latach sprawa ta zostanie przez obcych rozstrzygniętą. Kol. Kośmiński wyjaśnił ją w ten sposób, że czekanie na zdanie obcych powag jest zbyteczne. Z ostatecznymi wynikami zebranymi w pracy kol. Kośmińskiego nie myślę polemizować, są one zestawione z wielką dyskrecyą. Natomiast nie mógłbym się zgodzić na wywody i wnioski ważne autora.

1-o Nie mógłbym wykluczyć działania suggestyi. Wiadomo jak wielki wpływ wywiera stan centralnego systemu nerwowego na pojawianie się i siłę bólów porodowych i to spostrzeżenie mógł chyba każdy położnik zrobić, że często przygotowania do operacyi mają skutek samej operacyi dzięki zaostrzeniu bolów. Że materyał, na którym experymentował kol. Kośmiński nie jest zapewne zbytnio wrażliwym i do suggestyi skłonnym, wierzę. Wykluczyć jednak tego czynnika nie można. Uwaga kol. Kośmińskiego, że u osób biorących cukier chętnie, a więc zapewne z wiarą w skutek, skutek był wyraźniejszy, dobitnie za tem przemawia.

2-do Kol. Kosmiński wzmiankuje, że po użyciu cukru większych dawek pojawiają się stale objawy gastroenteritis. Nasuwa się pytanie, czy nie to zboczenie wywoływało u ciężarnych a powiększało u rodzących bóle? Przecież wiadomo, że wśród biegunki w jakikolwiek sposób u ciężarnych powstałej, mogą powstać skurcze macicy i że praca ta może ujawnić się zanikaniem części pochwowej, a więc grożącem przerwaniem ciąży. Jeżeli ta biegunka trwa krótko, to ciąża zapewne daje się utrzymać, przy długotrwałej przerwanie ciąży jest bardzo prawdopodobne.

3-tio Kol. Kośmiński kładzie zdaniem mojem zbyt wielki nacisk na przypadek przerwania ciąży pod koniec 9 go miesiąca księżycowego u pacyentki ze ściśnieniem miednicy. Właśnie ściśnienie usposabia do wcześniejszego przerwania ciąży, a ta sama kobieta o której kol. Kośmiński wspomina, rodziła już raz przedwcześnie też w 9-tym miesiącu księżycowym mimo, że jej cukru nie podawano. Zapewne związek czasowy tych dwóch faktów tj. podawania cukru i przerwania ciąży jest uderzający, ale czy to był związek przyczynowy trudno udowodnić. Sądzę, że u kobiety skłonnej a priori do przedwczesnego porodu działanie suggestyi z jednej strony, biegunki z drugiej

strony mogło wystarczyć do wywołania porodu bez chemicznego działania leku, ale przyznaję, że związek przyczynowy w jednakim stopniu nie da się zaprzeczyć, jak stwierdzić.

4-to Aby na pewno stwierdzić, czy czas który upłynął od podania cukru rodzącej w pierwszym lub drugim okresie do porodu dziecka, był krótszym niż prawidłowo, należałoby zestawić schemat wyjaśniający przeciętnie upływający czas od pewnej chwili porodu u pierwiastki i wieloródki do urodzenia się dziecka w prawidłowych stosunkach. Trzeba na podstawie prawidłowych przypadków stwierdzić, że u pierwiastek upływa od rozwarcia się ujścia na centa przeciętnie n. p. 12 godzin, od rozwarcia się ujścia na talara n. p. 7 godzin (cyfry te są za duże) i zestawić dane z ilością godzin upływających od podania cukru przy takiem a takiem ujściu aż do urodzenia się dziecka, wtedy przegląd byłby łatwiejszy a konkluzye ściślejsze. Pojmuje, że doświadczalne badania mające za przedmiot tak niestały, nieobliczalny i kapryśny czynnik, jak skurcze macicy podczas porodu jest niezmiernie trudne. Tem więcej jednak wskazana jest ścisłość mająca na celu sparaliżowanie, zrównoważenie tej niestałości.

Kol. Mars zaznacza, że praca kol. Kośmińskiego ma doniosłe znaczenie, albowiem dotyczy jednej ze słabych stron w leczeniu położniczem. Środki bowiem do dziś znane i używane w celu wzmocnienia bólów porodowych są niedostateczne. Wobec tego należy się kol. Kośmińskiemu uznanie, że podjął tę pracę, nie można jednak uważać tej sprawy za zakończoną i do celów praktycznych za dojrzałą, ale jako taką, która ze wszech miar zasługuje na dalsze badanie. Zapytuje kol. Mars, jakie znaczenie dla chorych może mieć pojawienie się cukru w moczu? i wątpi, aby ono mogło być donioślejsze, jeżeli to objaw tak krótko trwający. W wielu kierunkach należałoby jeszcze badać, czy w innej postaci, lub w inny sposób podany cukier nie dałby się lepiej zastosować, albo czyby w mniejszej ilości nie działał, gdyż podawanie przez usta większej ilości przedstawia pewne trudności i wywołuje wstręt u chorych. Nie zgadza się na zarzut kol. Rosnera, jakoby skutek miał za podstawę suggestyę, bo takiego nie uważamy przy stosowaniu innych środków powodujących bóle, a nadto choć trudno ocenić, o ile bóle po podawaniu cukru się wzmogły, to przecież doświadczony położnik, jak kol. Kośmiński musiał zauważyć te różnice, choćby ich ilościowo nie mógł oznaczyć.

Kol. Kośmiński. W odpowiedzi kol. Rosnerowi zaznaczyć muszę, iż nie wybierałem wcale przypadków, a przecież przypuścić trudno, aby wszystkie kobiety, którym podawano

cukier, były skłonne i poddawały się suggestyi. Gdy nadto dotyczące osoby nie wiedziały po największej części w jakim celu zażywały lekarstwo, sądzę, że trudno obwiniać suggestyę o działanie. Zresztą, gdyby kto chciał przypisać zwiększenie się bólów suggestyi, to w trudnem położeniu znalazłby się chcąc wytłomaczyć, dlaczego zaraz po podaniu cukru nie występowały silniejsze bóle, ale zazwyczaj dopiero po 15 a nawet 30 minutach, dalej dlaczego w pewnych razach po podaniu jednej dawki nie było skutku, ale dopiero po podaniu drugiej, albo trzeciej, wreszcie, dlaczego po zaprzestaniu podawania cukru bóle widocznie się zmniejszały, a po powtórnem podaniu znowu się zwiększały.

Oczywiście namacalnych dowodów na to, że cukier a nie suggestya działała, przedstawić nie mogę, sądzę jednak, że gdyby kto podawał w pewnych odstępach czasu nieco czystej wody osobie ciężarnej nawet skłonnej do suggestyi i wmawiał w nią, że dostanie bólów, to przezto jeszcze nie wywołałby skurczów macicy, chyba gdyby mu się to udało, wtedy mógłby słusznie twierdzić, ze w moich doświadczeniach działała suggestya, a nie cukier. Podawałem też osobom rodzącym i ciężarnym wodę i wmawiałem, że dostaną bólów, lecz skutków nie było. Co się tyczy *gastro-enteritis* występującej po podaniu znaczniejszej ilości cukru, to bardzo słuszną jest uwaga kol. Rosnera, że ona mogła właśnie wywołać skurcze macicy a nie cukier bezpośrednio. Jednak z przytoczonych opisów moich doświadczeń przekonać się łatwo, że nie we wszystkich przypadkach, w których *gastro-enteritis* wystąpiła zanotowałem wyraźnie, iż skurcze macicy i objawy czynności porodowej wystąpiły wcześniej niż wymioty i biegunka, co więcej w opisach moich doświadczeń podaję, iż po wystąpieniu *gastro-enteritis* przestawałem zaraz podawać cukier, jednak pomimo to biegunka utrzymywała się jeszcze często przez 24 i więcej godzin, skurcze zaś wśród *gastro-enteritis* nie były silniejsze, ale słabły od czasu, kiedy zaprzestano podawania cukru.

Sądzi dalej kol. R o s n e r, że w przypadku, w którym po podaniu cukru osobie ciężarnej udało się wywołać poród przed końcem ciąży, że osoba ta i bez cukru mogła była rodzić przed czasem, za czem przemawia poród ostatni. Na to, że bez podania cukru mogła wcześniej urodzić, zgodzić się muszę, ale śmiem twierdzić, że poród nastąpiłby chociaż parę dni później a nie wtedy, kiedy w naszym przypadku nastąpił. I tak w dniu, w którym tej osobie zacząłem podawać cukier, była ona, jak wykazało badanie osobą ciężarną, a już w parę godzin po podaniu dostała bólów porodowych. Toż chyba musielibyśmy przypuścić,

że właśnie w ten dzień i w tym czasie miały wystąpić samoistnie bóle, a podawanie cukru zeszło się właśnie z tą chwilą, ale w takim razie po zaprzestaniu podawania cukru, jako niemającego wpływu na czynność porodową, powinny były bóle trwać dalej, tymczasem przez 3 dni nie podawano cukru i bólów nie było żadnych ani żadnego postępu porodu, gdy zaś dnia 3-go podano cukier, bóle znów wystąpiły.

W końcu sądzi kol. Rosner, że należało zestawić najpierw schemat, wiele czasu upływa przy prawidłowych bólach np. gdy ujście rozwarte na groszek aż do ukończenia porodu i dopiero przeciwstawić przypadki o słabych bólach po podawaniu cukru. Zupełnie słusznie. Popełniłem błąd, że tego nie uczyniłem. Jednak gdy zauważę, że doświadczenia pierwszej grupy (część I.) rozpoczynałem przeważnie od chwili, gdy ujście rozwarte było na centa, to sądziłem, że nie wiele zbłądzę, gdy przyjmę, iż jestto chwila, w której $^2/_3$ czasu potrzebnego do porodu upłynęło, a pozostaje jeszcze $^1/_3$ część czasu trwania porodu, co wynika z mojego ostatniego doświadczenia, to też sądzę, że obliczając w ten sposób wielkiej omyłki nie popełniłem. Gdybym zaś nawet przedtem według prawidłowych stosunków ustawił był schemat, to i tak nie wiele zyskanoby na ścisłości, gdyż mała ilość obserwacyi nie dałaby dość ścisłych obliczeń, chyba należałoby podjąć obszerniejszą pracę w tym kierunku.

3) Kol. Rosner mówił:

„W sprawie przeszczepialności raka".

Ou il faut renoncer à la chirurgie du cancer, ou nous devons, ici comme ailleurs à travers les insuccès est lès déboires inévitables poursuivre les cas heureux, qui peuvent nous consoler des autres.

Richelot.
(L'hystérectomie vaginale).

Pisząc niedawno o nowo proponowanym przez profesora Jordana sposobie wyjmowania macicy dotkniętej rakiem przez pochwę za pomocą termokauteru, wspomniałem tylko pobieżnie o przypadku niewątpliwego przeszczepienia raka podczas zabiegu krwawego a trzymając się ściśle tematu, zaledwie kilku słowami dotknąłem sprawy przeszczepialności raka. Przypadek zrządził, że od czasu tamtej publikacyi miałem sposobność po raz drugi obserwować skutki implan-

racyi nowotworu na świeżą ranę operacyjną. Chciałbym więc dziś opisać dwa te — bądź co bądź nieczęste przypadki i na podstawie piśmiennictwa, z którem miałem sposobność się zapoznać, zastanowić się nad dwoma pytaniami: 1) Jakie wnioski ma prawo wysnuwać z przeszczepialności taka nauka teoretyczna a 2) do jakich konkluzyj i do jakiego postępowania ma obowiązek dojść względnie dążyć wobec tej okoliczności medycyna praktyczna, operacyjna. Roztrząsając to drugie pytanie, ograniczę się do stanowiska operacyjnej ginekologii.

Przypadek I-szy: M. J., lat 28, religii rzymsko-katolickiej, ze Słomnik, (Nr. prot. gin. z r. 1893/4, 137) przyjęta do kliniki 13. Czerwca 1894 r.

Rodziła dwa razy, ostatni raz przed 7-miu miesiącami prawidłowo. Obecnie karmi dziecko. Ma od czterech miesięcy krwawienia i białe upławy brudne. Krwawienia te bywają czasami obfite tak, że wypływają skrzepy krwi. Bóle w krzyżach, które trapiły ją przez 3 miesiące, ustały przed miesiącem. W oddawaniu moczu i stolca żadnych zaburzeń.

Stan obecny: Niedokrewność, budowa dobra, odżywicnie podupadłe. W pochwie twór kalafiorowaty, wychodzący z bocznej prawej ściany pochwy niedaleko sklepienia, kruchy, łatwo krwiawiący, wielkości jaja kurzego. Szyja i trzon macicy zachowują się pod każdym względem prawidłowo, trzon nieco mniejszy, jak to wydarza się u karmiących. Niewątpliwie mamy do czynienia z pierwotnym rakiem pochwy a mianowicie z papilarnym kankroidem, jak to zresztą po zabiegu wykazało badanie drobnowidowe, wykonane w zakładzie anatomii patologicznej. Nazajutrz po przyjęciu chorej przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Narkoza, dokładna desinfekcya pochwy. Odsłonięcie wziernikiem Martina i ściągnięcie nowotworu ku szparze sromnej. Ponieważ rozchodziło się o dokładne, o ile być może, radykalne usunięcie raka i szybkie zatamowanie krwotoku, przeto wykonałem dla uprzystępnienia sobie pola operacyjnego obustronną epizyotomię. Zabieg poszedł gładko.

Ranę pochwową i obie rany sromne po dokładnem opłukaniu sublimatem 1‰ zaszyto jedwabiem.

Badanie histologiczne w zakładzie anatomii patologicznej wykazało, że nawrót cierpienia jest nieuchronnym; w wiotkiej tkance łącznej, w której nowotwór oddzielono od podstawy, znaleziono ogniska rakowe.

W ciągu leczenia tylko lewa rana sromna zgoiła się doraźnie (*per primam*) rana po epizyotomii prawej i pochwowa goiły się przez ziarninę, jednak tak szybko, że chora już 2 Lipca 1894. mogła opuścić klinikę.

11. Października zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z nawrotem cierpienia Opowiada przytem, że już w miesiąc po wyjściu z kliniki zauważyła na prawej wardze sromnej trzy guzki, które szybko rosnąc, zlały się wkrótce ze sobą w jeden guz większy. Ma teraz bóle w krzyżach i jest bardzo osłabiona. Wejrzenie pacyentki jest obecnie znacznie gorsze, kachektyczne.

Badanie części rodnych wykazuje na wardze sromnej większej prawej, w części dolnej, w miejscu odpowiadającem epizyotomii guz kalafiorowaty większy od jaja kurzego, kruchy, łatwo krwawiący, wychodzący wyraźnie z blizny po przecięciu sromu. Zewnętrzny koniec blizny niezajęty nowotworem wysuwa się z popod niego. W pochwie również nawrót raka miejscowy, oddzielony od guza sromnego szerokim pasem zdrowej, niezajętej przez nowotwór błony śluzowej. Pacientka wie tylko o guzie na sromie i jest tym nawrotem bardzo przygnębiona. Nie chcąc jej odbierać nadziei i zatruwać ostatnich chwil życia, postanowiliśmy usunąć ten guz nie tykając nawrotu pochwowego. Zabieg ten wykonałem 15. Października 1894 r. Usunięty guz poddałem badaniu drobnowidowemu po ustaleniu w sublimacie (wysycony rozczyn wodny) i zatopieniu w parafinie. Skrawki barwiłem hematoksyliną, eozyną, safraniną lub karminem. Nowotwór przedstawia się jako rakowiec (*cancroid*) z bardzo ładnemi ogniskami Waldeyerowskiemi. Starałem się przekonać, jaki jest związek nowotworu z blizną; w preparatach nie trudno też było znaleść bliznę a wśród niej niewielkie

ogniska nowotworu. Skrawki te był łaskaw przejrzeć P. Rektor Browicz, przyczem wypowiedział zdanie, że aczkolwiek badanie drobnowidowe tych skrawków nie może wyjaśnić, czy nowotwór wyszedł z blizny, czy w nią wrósł, to przecież uwzględniając historyę choroby naszej pacientki, musi się nabrać przekonania, że mamy tu do czynienia z niedwuznacznym przypadkiem wszczepienia raka podczas operacyi; badanie zaś mikroskopowe, wykazujące rzeczywiście ogniska w bliżnie, żadną miarą temu zapatrywaniu sprzeciwiać się nie może.

Przypadek drugi, podobny do pierwszego, różni się od niego przedewszystkiem tem, że nie jest tak dokładnie obserwowany i że z przyczyny niezawisłych odemnie okoliczności, nawrót powstały z wszelkiem podobieństwem do prawdy również przez wszczepienie, nie mógł być badanym drobnowidowo.

Pacyentka M. S., lat 51. licząca, zamężna, zauważyła, że od kilku tygodni po każdem spółkowaniu pojawia się krew z części rodnych. Wezwany z początkiem Marca do pacyentki, przekonałem się, że chora dotknięta jest rakiem szyi macicznej dość daleko posuniętym, nie odbierającym ednak nadziei doszczętnego usunięcia. Przyjęta 7. Marca do kliniki, poddana została operacyi nazajutrz. Kolega Kośmiński, który chorą operował, miał do walczenia z poważnemi trudnościami; pokazało się bowiem dopiero podczas zabiegu, że więzy maciczno-krzyżowe a częściowo i tkanka łączna okołomaciczna zajęte były nowotworem. Dla ułatwienia sobie dostępu, zmuszony był kol. Kośmiński wykonać epizyotomią prawą. Chorą, która wkrótce po zabiegu została przewieziona do domu, odwiedziłem kilkakrotnie. 9. Kwietnia badał ją również kol. Świtalski. Otóż przedewszystkiem można było zauważyć, że nawrót cierpienia rozwija się nadzwyczajnie szybko i naraz w bardzo dużym obszarze. Już w pierwszych dniach Kwietnia cała tylna ściana pęcherza odsłonięta podczas operacyi zajęta była naciekiem nowotworowym a tkanka łączna okołomaciczna po obu stronach przedstawiała również naciek zbity jednostajny, podobny do

zapalnego. Przestrzeń powstałą przez wyjęcie macicy wypełniały masy rozpadającego się nowotworu. Około 5. Kwietnia zaczął odchodzić mocz bezwiednie z powodu przetoki nowotworowej. 19. Kwietnia wezwany do pacyentki, znalazłem ją bardzo wyniszczoną, przekonałem się o jeszcze większym rozroście nowotworu, ale nadto oglądając niezupełnie jeszcze zgojoną ranę po epizyotomii, zauważyłem ciekawy szczegół. Oto wśród bladej, małej ziarniny w górnej części rany znajduje się guzek wielkości fasoli, od otoczenia twardszy, kruchy, krwawiący, barwy blado-sinawej. Guzka tego nie mogłem wyciąć, gdyż pacyentka z trudem do operacyi namówiona i srodze w nadziejach swoich zawiedziona, o żadnym zabiegu słyszeć nie chce; wnosząc jednak z wejrzenia, zbitości i z wszelkich towarzyszących okoliczności, nie wahałbym się utrzymywać, że guzek ten jest pochodzenia rakowego. Dnia 8. Maja widziałem pacyentkę ponownie. Guzek powiększył się wyraźnie, zaś ziarnina pokryła się przyskórkiem, przez co wyróżnia się on tem bardziej od otoczenia. Bardzo szybki rozwój nawrotu na tylnej ścianie pęcherza i w tkance okołomacicznej, jak niemniej jego cechy zgadzające się dokładnie z charakterami Winterowskiego *Impřecidiv* przemawiaje w tym przypadku za przeszczepieniem raka.

Czy ta postać nawrotów jest częsta, trudno udowodnić to jednak wydaje się pewnem, że jest możliwa, bo wo óle sprawa przeszczepialności raka nie ulega dziś żadnej wątpliwości. Już samo tworzenie się przerzutów za pośrednictwem naczyń limfatycznych i krwionośnych jest właściwie wszczepieniem się przeniesionych cząsteczek nowotworu w zdrowe dotąd tkanki. Cały szereg spostrzeżeń klinicznych i anatomo-patologicznych dowodzi, że u człowieka dotkniętego rakiem, mogą powstawać ogniska tego nowotworu i w inny sposób, nie w postaci zwykłych naczyniowych przerzutów. I tak zdarza się niewątpliwie, że cząsteczki raka oderwane od głównego ogniska mogą się gdzieś na powierzchni skóry, błony śluzowej lub surowiczej osadzić, przyjąć i rozróść w nowe ognisko; znane są dalej przy-

padki tak zwane *Contact crebs* t. j. raka, który powstał na błonie śluzowej, skurze lub błonie surowiczej w miejscu, które stykało się czas dłuższy z pierwotnem ogniskiem rakowem.

Już Virchow zwraca uwagę na to, że w przypadkach raka żołądka, który przerósł otrzewnę, nowotwór rozsiewa się czasem po otrzewny i to w ten sposób, że mimowoli nasuwa się myśl, że z głównego nowotworu odrywają się cząstki, spadają po gładkiej otrzewnie i zatrzymują się we fałdach i w najniżej leżących miejscach. Te ogniska wyglądają tak: *wie wenn ein Seminium ausgestreut wäre, welches hie und dahin gefallen wäre und gekeimt hätte.* W podobny sposób tłómaczyć się dających przypadków nie brak w literaturze. I tak Klebs przytacza trzy przypadki raka, który z ust względnie połyku dostał się na krzywiznę dużą żołądka. Zupełnie podobny jest przypadek Izraela. Moxon opisuje przypadek, w którym rak połyku przebiwszy tchawicę rozsiał się po płucach. Ten sam autor wspomina, że Morgan miał widzieć raka w dolnej części przewodu kręgowego obok pierwotnego nowotworu w jamie czaszki; miał on się tam dostać za pośrednictwem *cavi subarachnoidealis.* Erbse w rozprawie poświęconej wyłącznie sprawie przeszczepialności raka, wspomina o chorym, u którego zupełnie, jak w przypadku Moxona rak połyku przebił tchawicę i pojawił się w wielu miejscach w płucach. Ricard opisuje przeszczepienie się raka języka na dolną część połyku, Voituriez wspomina o podwójnym raku języka; przestrzeń między obydwoma ogniskami była zdrowa. Beneke w sumiennym i pouczającym swoim referacie, tyczącym się nowszych prac o raku a opartym na 432 nowych publikacyach, wspomina również o podobnych przypadkach przeszczepienia się raka. I tak Landgraf widział raka krtani u człowieka mającego raka połyku w wysokości rozdziału tchawicy.

Kraske opisuje dwa przypadki wrzodziejącego raka prostnicy; w obu przyszło do wytworzenia się drobnych guzków tego samego nowotworu tuż nad otworem stolcowym.

W przypadku Fischera rak trzonu macicy przeszczepił się na tylną ścianę pochwy i w okolicę ujścia cewki. Zupełnie podobny przypadek opisują Wahn, Lebensbaum i Pfannenstiel. Autor ten zajmując się kwestyą t. zw. podwójnych raków macicy, zestawia jedenaście przypadków, w których obok raka szyi, rozwinął się rak trzonu i wyraża przekonanie, że przeszczepianie odgrywało tu główną rolę. Guélliot wspomina o pacyentce, u której obok pierwotnego ogniska raka pochwy wytworzyły się guzki tegoż nowotworu w pochwie i na sromie.

Podobnych do wymienionych obserwacyj klinicznych nie brak więc w literaturze, zebrane są one starannie w pracach Wintera, Fabreego i d'Anny.

Również sprawa raków, powstających przez dłuższe stykanie się nowotworu ze zdrową tkanką ma rozległą kazuistykę. Wspominam tylko o przypadkach Semona i Schattocka, Newmana i Benekego, w których rak przeniósł się przez zetknięcie na strunach głosowych. Dalej o przypadku Benekego rak pierwotny żołądka, przeniesiony przez zetknięcie się na wątrobę; Fenwicka, gdzie przeszczepienie także przez zetknięcie nastąpiło w pęcherzu i znanym powszechnie przypadku Bergmanna, w którym obok pierwotnego raka wargi dolnej rozwinął się rak wargi górnej w miejscu, które przez trzy miesiące stykało się z nowotworem.

Nadto znane są w literaturze przypadki Zweifla (Winter) i Hamburgera, w których przeszczepienie to przez zetknięcie tyczyło się raka sromu niewieściego. W podobny sposób starano się tłómaczyć mnogie raki, występujące u jednej osoby. Do takich zaliczyć należy między innemi przypadek potrójnego raka na twarzy, podany na zjeździe chirurgów polskich przez Wehra. Czy tu jednak odgrywa rolę przeszczepialność, nie wiadomo a wywody prof. Browicza, który przypuszczeniu temu odmawia racyi, trafić muszą każdemu do przekonania.

Daleko więcej przekonywać muszą te przypadki, w których, jak w dwóch wyżej opisanych, nowe ognisko rakowe

rozwija się w ranie zadanej podczas operacyj ogniska pierwotnego. I to zdarzenie opisane jest niejednokrotnie w literaturze; zdaje się jednak, że jest niezrównanie częstsze, niżby wynikało z ilości ogłoszonych przypadków. Widział i opisał je Tross, Nicaise, Odebrecht i wielu innych. Przypadki te zestawione są starannie w pracy Wintera.

Tu rzeczywiście trudno nie przyjąć przeszczepialności; wszelkie inne sposoby tłómaczenia takiego pojawienia się raka w ranie są wielce nieprawdopodobne. Nadzwyczajnej uprzejmości prof. Pieniążka zawdzięczam, że mogę tu przytoczyć trzy przez niego obserwowane przypadki, w których rak wzrósł na błonie śluzowej tchawicy w miejscu ugniatanem przez koniec kaniuli u chorych z pierwotnym rakiem krtani. Prof. Pieniążek nie wyklucza możności implantacyi w tych przypadkach. Chociaż więc liczne spostrzeżenia kliniczne czynią przeszczepialność wielce prawdopodobną, to przecież do naukowego, ścisłego roztrzygnięcia tej sprawy potrzeba było doświadczeń.

Badania doświadczalne, tyczące się sprawy przeszczepialności raka, datują się od zeszłego wieku. Pierwszy Peyrilhe (cyt. u Fabrea) wprowadził pod skórę psa trzy drachmy soku, wyciśniętego z raka sutka ludzkiego. Objawy, jakie po tem doświadczeniu wystąpiły, przemawiają bardzo za ostrem, posokowatem zakażeniem. Podobnie jak Peyrilhe z człowieka na zwierzę próbowali przenieść raka Dupuytren Vogel, Valentin, Langenbeck, Lebert i Wyss, Hyvert, Follin i wielu innych, których prace zestawione i streszczone znajdzie czytelnik w monografii Fabrea. W ostatnich czasach donoszą o takich doświadczeniach Enrico d'Anna, Fischer i Mayet. Z nowszych doświadczeń tego rodzaju żadne na pewne nie udało się, choć próbowano w sposób bardzo rozmaity przenieść raka ludzkiego na organizm zwierzęcy; bez względu na to, czy przeszczepiano pod skórę, do jam surowiczych, czy w prost do krwi, rak w ustroju zwierzęcym zanikał lub zwierzę ginęło z przyczyny nie mającej

związku z naturą przeszczepionego cierpienia. Nawet jedno na pozór udane doświadczenie Mayeta nie usuwa wszelkich wątpliwości. Z dawniejszych przytaczam powszechne doświadczenie Langenbecka (Hahn), Leberta i Wyssa, oraz Follina, jako udałe. Nie mogą one jednak mieć decydującego znaczenia, ponieważ odnoszą się, jak słusznie zwraca uwagę Hahn, do czasów, w których histologia patologiczna nie stała na tym stopniu rozwoju, co dzisiaj. Jeżeli więc przenoszenie nowotworu z człowieka na zwierzę nie rozjaśniło kwestyi, to inny szereg doświadczeń a mianowicie przeszczepianie ze zwierzęcia na zwierzę, wykazało niezbicie, że rak nietylko da się przenieść u chorego indywiduum z miejsca na miejsce, ale nadto przyjąć się może u indywiduum zdrowego. W zapale naukowym nie wahano się używać i ludzi do tych doświadczeń. Nie chcę wyliczać autorów, którzy doświadczenia na zwierzętach przeprowadzali na większą lub mniejszą skalę bez skutku, to pewna, że niewątpliwie pomyślne wyniki otrzymał nasz rodak Wehr, który nie zrażony szeregiem niepowodzeń badał tę kwestyą z zapałem i sumiennością i w r. 1889 demonstrował na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie nie dwuznaczny wynik pomyślny przeszczepienia raka na psie, dalej Hanau, który robił doświadczenia na białych szczurach, Eiselsberg i Morau, którego bardzo liczne i sumienne spostrzeżenia nietylko potwierdzają przeszczepialność raka, ale nadto rzucają bardzo ciekawe światło na kwestyę dziedziczności nowotworów i ich uogólniania się i poruszają wpływ urazu i ciąży na rozwój raka.

Przeszczepiania raka z człowieka na człowieka dokonano zaledwie kilka razy. Fabre opowiada, że Alibert przeszczepił w r. 1808. na swoje ramię raka sutka; tosamo powtórzył na kilku innych osobach, będąc widocznie o nieprawdopodobieństwie pomyślnego wyniku przekonanym. W 80 lat później Hahn z wiarą w rezultat przeniósł raka sutka na pierś zdrową pacyntki i miał sposobność obserwowania rozwoju przeszczepionego kawałka. Podobne doświadczenia

z równie dobrym dla badacza wynikiem wykonał anonim, którego pracę cytuje Cornil.

Temi wszystkiemi doświadczeniami udowodniono niezbicie przeszczepialność raka. Patologia, która po dziś dzień nie może rozwiać ciemności, w jakich pogrążona jest styologia raka, pragnęła oprzeć się na tej przeszczepialności i w ten sposób dopomódz sobie do stworzenia lub poparcia nowej w tym względzie teoryi. Zdawało się, że od przeszczepialności jeden tylko krok do zakaźności. Wprawdzie liczne badania, mające na celu wyszukanie i wyosobnienie pasorzyta raka, zebrane skrzętnie przed dwoma laty przez Kryńskiego, nie dały niewątpliwych, pewnych, dodatnich wyników, wprawdzie nad „wielkiemi“ odkryciami w rodzaju bacillusa Scheuerlena, nauka przechodziła rychło do porządku dziennego, to przecież nie da się zaprzeczyć, że teorya pasorzytnicza zdobyła sobie w stosunkowo krótkim czasie spory zastęp zwolenników. W innych teoryach i hipotezach było coś nieuchwytnego, abstrakcyjnego, co miało tłómaczyć etyologię raka a w gruncie samo potrzebowało wyjaśnienia. Temu „zbłąkaniu się ognisk zarodkowych“ Cohnheima, „zmniejszeniu się ucisku tkankowego“ Thierscha i tej najbardziej fantastycznej „indukcyi żywotnej wzajemnej komórek na odległość“ Barda z Lugdunu, chętnie byłoby się przeciwstawiło coś konkretnego, uchwytnego, jak pasorzyt. To też nic dziwnego, że wszelkiemi metodami badania starano się znaleść te pasorzyty. Gdyby się one były dały odosobnić i przeszczepione sprowadziły nowotwór, rzecz byłaby się stała odrazu jasna. Ale tego dowodu nie było nigdy; zwolennicy teoryi pasorzytniczej zaczęli w przeszczepialności raka szukać podstawy dla swojej teoryi. I tak Duplay i Cazin, opierając się na cudzych doświadczeniach, własne bowiem nie doprowadziły ich do rezultatu, oświadczają, że wobec stwierdzenia przeszczepialności są zwolennikami teoryi pasorzytniczej.

Na ostatnim zjeździe chirurgów francuskich sprawę tę omawiano żywo i znowu na podstawie klinicznych spostrze-

żeń i doświadczeń nad przeszczepialnością Mayet i Guelliot popierali tę teoryą. Guelliot uważa nawet wprost raka za chorobę zakaźną z bardzo długim okresem utajenia i to, powtarzam raz jeszcze dla tego, że da się przenieść z jednostki na jednostkę. Jaki błąd tkwi w tem rozumowaniu, nie liczącem się z tą okolicznością, że i tkanki fizyologiczne przenieść się dadzą z indywiduum na indywiduum, wykazał jasno i dobitnie prof. Browicz na zjeździe chirurgów polskich. Zwrócił on uwagę na ten szczegół, że rak ze skutkiem przenieść się da ze zwierzęcia na zwierzę tego samego lub bardzo pokrewnego gatunku, z człowieka zaś n. p. na psa nikt na pewne go nie przeszczepił. Choroby zakaźne, występujące zarówno u ludzi, jak i u zwierząt, dadzą się z jednego na drugi gatunek łatwo przenieść; dość wspomnieć o gruźlicy, wągliku, nosaciźnie. Przeciwnie tkanki fizyologiczne, przeniesione z jednego ustroju na drugi tego samego gatunku (Reverdina-Thierscha transplantacya) przyjmują się względnie łatwo, gdy przeniesione z ustroju gatunku niższego na ustrój gatunku wyższego przyróść mogą, ale nie rozrastają się, zupełnie podobnie jak rak. Embryonalne tkanki rozrastają się nawet w tych okolicznościach, ale w końcu ulegają resorpcyi. Jest to niewątpliwie właściwość tkanek fizyologicznych.

Uwzględniając to, mówi prof. Browicz: „bo w razie pasorzytniczego pochodzenia raka, przeszczepialność raka z człowieka na zwierzęta, u których rak pojawia się, jako samoistna choroba, nie zależałoby od tych właściwości ...“ i konkluduje: „badania nad przeszczepialnością raka nie dostarczają podstawy do przyjęcia pasorzytniczego pochodzenia raka“. Z drugiej strony badania te nie mogą obalić ani osłabić żadnej z dotychczas istniejących teoryj i hipotez etyologii raka i, co najwięcej, dostarczają dowodu, że nietylko fizyologiczne, żywe komórki przyjąć się mogą na innym ustroju lub na innem miejscu tego samego ustroju, ale że i żywe, nieprawidłowo wytworzone komórki posiadają tę samą cechę. Tu i tam przeniesione komórki pełnią dalej te funkcye, które pełniły w miejscu, zkąd je przenie-

siono; fizyologiczne odraczają się w miarę, patologiczne, rakowe rozrastają się w nieskończoność, niszcząc otaczające tkanki".

Tak więc wolno stwierdzić zgodnie ze zdaniem Browicza, Fabrea, Hanaua, Moraua i innych, że nauka teoretyczna, szukająca podstaw do zbudowania teoryi etyologii raka nie może znaleść punktu oparcia w niewątpliwem wykazaniu przeszczepialności tego nowotworu.

Zupełnie inaczej ma się rzecz z praktycznym działem medycyny, dotyczącym operacyi raka. Ten może i powinien wyciągnąć facit z dodatnich wyników doświadczeń nad przeszczepialnością. Smutne rezultaty t. zw. doszczętnych (radykalnych) operacyj raka, zastraszająca częstość nawrotów, znane są powszechnie nawet w szerokich kołach publiczności, która skuteczności takich operacyj nie dowierza.

Nie myślę bynajmniej utrzymywać, żeby przeszczepianie raka podczas zabiegu, było tych nawrotów główną a tem mniej jedyną przyczyną. Zdaje się, że nie ulega wątpliwości, iż pozostawienie osobnych mikroskopowych ognisk, znajdujących się często zdala od guza właściwego, dalej wczesne zajęcie gruczołów chłonnych głównie przyczynia się do tych smutnych wyników. Ale z chwilą, kiedy chirurgowie zapoznali się z tą okolicznością, powstał aksyomat, który jest też słusznie jak przykazanie przestrzegany, że wynik operacyi raka jest tem pewniejszy, im więcej usunie się tkanki pozornie zdrowej z nowotworom sąsiadującej i im gruntowniej usunie się gruczoły, stanowiące pierwszą stacyę nowotworu. Ginekologowie, mający najczęściej do czynienia z rakiem macicy, nie są zwykle w stanie tym wymaganiom zadość uczynić, raz dlatego, że sąsiedztwo moczowodów nie pozwala im przy usuwaniu nowotworu oddalać się zbyt od macicy, a powtóre z tej przyczyny, że gruczoły prowadzące limfę ze szyi macicznej a znajdujące się według badań Poirera (Winter) tuż w sąsiedztwie *art. et vena hypogastrica* są najczęściej dla noża nieprzystępne. Winter pisze nawet, że całkowite usunięcie tych gruczołów nigdy nie będzie możliwe. Z drugiej strony ginekologowie są o tyle w korzystniej-

szem od chirurgów położeniu, że nie muszą przywiązywać wielkiego znaczenia do tego wyjmowania gruczołów; zdaje się bowiem, że nie ulega wątpliwości, iż rak szyi macicznej zajmuje gruczoły wogóle bardzo późno. Winter, który kwestyę tę bardzo sumiennie opracował, oświadcza, że „rak zwykł wtedy dopiero zajmować gruczoły, kiedy przejdzie na tkankę łączną okołomaciczną“. Również i przerzuty odległe nie są częste w przypadkach raka macicy. Gusserow w swojem dziele o nowotworach macicy kładzie nacisk na to, że rak macicy nietylko zaczyna się jako choroba miejscowa, ale też w przeważnej liczbie przypadków zachowuje do końca cechy choroby miejscowej, wcale się nie przerzucając. Również zwraca uwagę na to, że mimo, iż macica niesłychanie często jest siedzibą raka pierwotnego, przecież niezmiernie rzadko jest miejscem przerzutu. Winter zbierając cyfry sekcyjne Blaua, Wagnera i Dybowskiego, wykazuje, że w 255 przypadkach raka macicy, który doprowadził do śmierci, tylko w 64 przypadkach znaleziono odległe przerzuty a były to wszystko raki bardzo daleko posunięte. Winter badał zwłoki 44 kobiet zmarłych po wyjęciu macicy z powodu raka i w żadnym przypadku nie znalazł odległego przerzutu.

Tak więc to, co wynik operacyi raka czyni problematycznym, t. j. przerzuty do gruczołów i przerzuty odległe w przypadkach raka macicy, pojawia się rzadko i dopiero w późnym okresie rozwoju nowotworu. Ale studya nad przeszczepialnością każą nam zwracać baczną uwagę na inny jeszcze czynnik, na operacyjne, sztuczne przeniesienie nowotworu na zdrowe dotychczas tkanki. I tu ginekolog jest w trudniejszem położeniu, niż chirurg operujący n. p. raka sutka, wargi i t. d., bo po pierwsze operuje w głębi i najczęściej z pewną niewygodą a powtóre w pobliżu otrzewny, która zdaje się, jest specyalnie skłonną do przyjęcia zakażenia rakowego. Jaką liczbę nawrotów przypisać mamy temu czynnikowi, zapewne trudno powiedzieć; to jednak nie ulega wątpliwości, że lekceważyć go nie możemy. Autorowie zapatrują się na tę kwestyę bardzo rozmaicie; jedni

jak Plicque, Winter, Mackenrodt, Olshausen, Herzfeld, Odebrecht, Bokelman, Boryssowicz, Święcicki, Thorn, Pfannenstiel, Sänger przypisują przeszczepialności pewne mniejsze lub większe znaczenie praktyczne, inni, jak Hofmeier, Kaltenbach, Veit, Purcell, Bowreman, Jessett, albo o niej wcale nie wspominają, ale operują w sposób dowodzący, że implantacyi za niebezpieczną nie uważają, albo wyrażają się o niej sceptycznie. Zresztą wystarczy przytoczyć propozycye, mające na celu ułatwienie techniczne operacyi lub umożliwienie usunięcia tkanki okołomacicznej, ażeby przyjść do przekonania, że wielu operatorów mimo niewątpliwego, klinicznego i doświadczalnego stwierdzenia przeszczepialności na niebezpieczeństwo to mały kładzie nacisk. I tak Hofmeier mówiąc o wyjęciu macicy rakowatej przez pochwę ani słowem nie wspomina o możności zaszczepienia raka podczas operacyi. Natomiast pisze, nie wiem, czy zupełnie słusznie: „*dass der Dauererfolg der Operation nicht immer der gewünschte und vor Allem nicht dem augenblicklichen entsprechend ist, liegt nicht an der Operation, sondern an der Krankheit*“. Ten sam autor radzi w razie potrzeby wykonać epizyotomię. Fehling w nowym swoim podręczniku zaleca również epizyotomię. Bowreman Jessett przecina przy wyjęciu macicy przez pochwę międzykrocze w linii, środkowej; jest to zdaniem jego połączone tylko z niebezpieczeństwem otwarcia odbytnicy przy wyciąganiu macicy.

Purcell jest również zwolennikiem przecinania międzykrocza. Schuchardt podaje nawet nową metodę, w której nie w razie potrzeby, ale stale zadaje się duże rany w pochwie i na międzykroczu. Nie wspomina on wcale o możności przeszczepienia raka i twierdzi, że dwa są zasadnicze punkta, których winniśmy się trzymać przy operacyi raka: 1) bezwzględne usunięcie pierwotnego ogniska rakowego a, o ile być może, całego chorego narządu. 2) Zasadnicze usunięcie najbliższego przyrządu limfatycznego. Czy do tych dwóch punktów nie czas dodać trzeci równie

zasadniczy i równie uzasadniony: baczenie, ażeby raka w zdrowe tkanki nie wszczepić?

Przykładów takich możnaby znaleść więcej; przytoczone wystarczą jednak, aby wykazać, że o ile dwa Schuchardtowskie punkta mają dziś dla chirurgów niejako moc przykazania, trzeci traktowany jest po macoszemu i zbyt często zaniedbywany. Z drugiej strony przyznać jednak trzeba, że i w tym względzie technika operacyjna szybkie robi postępy. Winter wykładem swoim, wypowiedzianym na posiedzeniu berlińskiego Tow. ginekologicznego w Lutym 1892. i na wrocławskim zjeździe ginekologów niemieckich w r. 1893. wykładem opartym na niezmiernie skrzętnych poszukiwaniach, zachęcił wielu do myślenia i działania w tym względzie. Przypomniano sobie i zrozumiano dobre wyniki Karola Brauna, otrzymane przez zwykłą amputacyę części pochwowej za pomocą pętli galwanokaustycznej. Sänger wspomina przy tej sposobności, że amerykański ginekolog Byrne w Brooklynie dotąd w ten sposób operuje raki i w 400 przypadkach miał ogólne lepsze wyniki, niż inni po całkowitem usunięciu macicy. Herzfeld i Olshausen również nie wątpią, że działaniu żaru przypisać należy znakomite, odległe wyniki po amputacyi pętlą galwanokaustyczną. Naturalnie, że z chwilą, kiedy operatorowie przedstawili sobie należycie niebezpieczeństwo przeszczepienia, musiały powstać propozycye, mające na celu zmniejszenie tego niebezpieczeństwa. Powrót do amputacyi pętlą galwanokaustyczną był naturalnie niemożliwy; całkowite wyjęcie chorej macicy było już od dawna operacyą dominującą i powrót taki byłby pod wielu względami cofnięciem się wstecz. Przecież w ostatnich jeszcze czasach Seelig badając histologicznie wyjęte przez pochwę macice rakowe, wykazał, że nawet w przypadkach, w których nowotwór wydaje się mało rozwiniętym i stanowczo ujścia wewnętrznego ku górze nie przekracza, można znaleść wypustki nowotworu w naczyniach limfatycznych między środkową a zewnętrzną warstwą mięśni macicznych i to wypustki sięgające prawie do wysokości odejścia trąbek. Tego

rodzaju spostrzeżenia nie pozwalają po prostu myśleć o powrocie do amputacyi szyi macicznej a skoro całkowite wyjęcie macicy za pomocą termokauteru lub galwanokauteru wydawało się technicznie niewykonalnem, starano się w inny sposób uniknąć nawrotów z przeszczepienia, postanowiono niszczyć raka przez wyskrobanie i przypalenie przed operacyą właściwą, ażeby żywe jego cząstki nie mogły się oderwać i przyjąć na ranie. I rzecz jasna, była to jedyna droga, na którą z konieczności technika operacyjna wejść musiała, bo przeciw przeszczepianiu można było tylko albo nie stwarzać podłoża z żywej tkanki rannej, albo wobec tego, że takie podłoże powstać musiało, starać się o to, żeby na niem nic się nie zaszczepiło. Winter radzi przeto stanowczo niszczyć nowotwór przed operacyą przez wyskrobanie i wypalenie i znajduje rychło licznych zwolenników (Odebrecht, Bokelmann, Olshausen, Thorn, Boryssowicz), z których niektórzy już przedtem, zapewne dla uniknięcia źródła zakażenia drobnoustrojowego, niszczyli rozpadły nowotwór przed zabiegiem radykalnym. Gorącym propagatorem idei Wintera staje się Mackenrodt; uzupełnia on o tyle pierwotną propozycyę, że radzi przed rozpoczęciem właściwej operacyi obszyć raka błoną śluzową pochwy, szeroko dokoła części pochwowej odpreparowaną. Liczne uwagi tego autora dowodzą, że w tej sprawie pracuje dalej. Boryssowicz podaje bardzo właściwą propozycyę amputowania szyi macicznej przed otwarciem otrzewny i przyżegnięcia powierzchni amputacyjnej chlorkiem cynku. Nie wiem, czy ta propozycya nie jest ze wszystkich najskuteczniejszą i najbardziej celowi odpowiadającą.

Rozważając kwestyę tę czysto teoretycznie, przyjść się musi do przekonania, że ideałem postępowania mającego na celu uniknięcie przeszczepienia byłoby: 1) zniszczenie raka bardzo dokładne przed zadaniem jakiejkolwiek rany tak, żeby żadną miarą cząstki nowotworu odrywać się nie mogły (rada Wintera). 2) Niedotykanie się narzędziami, które były w styczności z rakiem, tkanek zdrowych (rada Wintera i Plicquea). 3) Jak najwcześniejsze usunięcie raka

podczas zabiegu, ażeby w dalszym ciągu operacyi zmniejszyć, jak tylko można, najbardziej niebezpieczeństwo odpadania cząstek (rada Boryssowicza). 4) Niezadawanie żadnych świeżych ran, zdolnych do utworzenia podłoża w sąsiedztwie ogniska rakowego.

Pierwszy punkt trudny jest do przeprowadzenia. Skrobaniem i przypaleniem raka niszczymy go z grubsza, ale nie możemy żadną miarą dotrzeć do wypustek, które ochronione zdrową, zbitą tkanką szyi macicznej pozostać muszą nietkniętemi. Strup ochronny, który pole operacyjne przed temi wypustkami zabezpiecza, może przy zgniataniu szyi kleszczykami Muzeuxa przerwać się i dozwolić, żeby komórki rakowe wypłynęły. Punkt drugi daje się wykonać, o ile tyczy się właściwych narzędzi; daleko już trudniej czuwać nad palcami, które w głębi operując, narażone są na takie stykanie się z nowotworem. Przepis trzeci Boryssowicza jest, jak powiedziałem, ze wszech miar praktyczny, ale dodam odrazu, przedewszystkiem wtedy, jeżeli się amputuje termokauterem a nie nożem ani nożyczkami.

Przypomnijmy sobie już przytoczone spostrzeżenie Seeliga a pojmiemy, że przy takiej amputacyi przeciąć można wypustkę nowotworową między warstwami mięśni w górę w trzon idącą a wtedy komórki rakowe dostać się mogą na ranę operacyjną, zanim zniszczy się przekrój chlorkiem cynku. Czwarty punkt jest, zdaniem mojem, bardzo ważny. Do ostatnich czasów wydawał się niewykonalnym.

Równocześnie i niezawiśle od siebie wykonali i zaproponowali ten sposób operowania Jordan i Mackenrodt. Propozycyę prof. Jordana opisałem dokładnie w *Przeglądzie lekarskim* 1895. Nr. 17. i tamże zdałem sprawę z dwóch pierwszych przypadków. Nie chcę więc powtarzać tego, co tam opisano a dodam tylko, że w czterech następnych przypadkach operowaliśmy sposobem wydoskonalonym, nie używając wcale noża i nożyczek. Kiedyś zdam może dokładniej sprawę z większej liczby takich przypadków; obecnie chcę tylko stwierdzić, że zabieg ten, uwzględniający wszystkie cztery wyżej wymienione punkta, nietylko daje się wy-

konać, ale nawet prawie, że wcale nie utrudnia zwykłej pochwowej ekstyrpacyi. Propozycya Mackenrodta opisana jest zbyt niedokładnie, żeby z niej można było domyśleć się biegu operacyi; jedno tylko jest pewnem, że do metody prof. Jordana wcale nie jest podobna. Jeżli się uwzględni, iż celem operacyi raka macicy jest uwolnienie pacyentki nietylko chwilowe, ale stałe od cierpień i niebezpieczeństwa raka, od tego najstraszniejszego cierpienia ginekologicznego, jeżeli się dalej weźmie pod uwagę, że *thermokauterectomia totalis* w niczem nie może, w porównaniu z innymi zabiegami, psuć szans wyniku co do nawrotów miejscowych i limfatycznych a musi je poprawiać co do trzeciej postaci tych nowotworów, t. j. co do recydyw przez implantacyę, jeśli się w końcu zważy, że zabieg ten nie jest ani trudnym, ani chwilowo niebezpiecznym, to usprawiedliwionem wyda się twierdzenie, jakiego wypowiedzieć się nie waham, że o ile powrót do amputacyi szyi pętlą galwanokaustyczną byłby krokiem w tył, o tyle ta nowo proponowana metoda jest sporym krokiem naprzód na drodze wiodącej do doszczętnego usunięcia raka macicy.

Dyskusyę nad wykładem Rosnera odłożono.

Na tem posiedzenie skończono.

Posiedzenie z dnia 30 kwietnia 1895.

Przewodniczący: kol. Prof. Mars. Obecnych członków 7.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia, na wniosek kol. Rosnera odłożono do przyszłego posiedzenia.

2) Kol. Rosner przedstawił kobietę wieloródkę, która twierdzi, że jest w 7 miesiącu ciąży, że dziecko od 3 miesięcy umarło i macica więcej nie rośnie, a dziecko wyjść nie chce. Lekarz miał badać tę osobę przed 3 ma miesiącami i oznajmić, że jest w 3 miesiącu ciąży. Objawy i badanie obecnie przemawiają za wczesną ciążą. Byłby to przypadek rzadki, gdzie obumarłe jajo długo w macicy pozostaje. Kol. Rosner sądzi, że

tu niema wskazania do wywołania poronienia, i że osoba ta musi zostać przez kilka tygodni w obserwacyi.

Kol. Braun sądzi, że należy tu zachować się biernie wyczekująco. Znany mu jest przypadek, w którym jajo pozostawało podług wywiadów w macicy 1½ roku bez szkody dla ciężarnej, a po upływie tego czasu kol. Braun wydobył z powodu krwotoku rodzące się jajo odpowiadające rozwojem trzem miesiącom ciąży.

Kol. Mars sądzi, że przypuszczenie kol. Rosnera co do śmierci płodu jest słuszne. Należy w takich przypadkach wyzyskać objaw przekrwienia części rodnych, które wrazie ciąży postępującej jest wybitne a po obumarciu płodu mniej. Przypomina sobie przypadek z kliniki, w którym rozpoznanie było trudne, gdzie przekrwienie było nieznaczne. W przypadku tym kol. Cercha po dylatacyi ujścia rozpoznał ciążę z obumarłym płodem w położeniu poprzecznem leżącym.

Kol. Mars radzi w tym przypadku obserwacyę. Z kol. Braunem nie mógłby się zgodzić, aby zbyt długo czekać, raz dla tego, że osoba taka wykluczona jest od życia płciowego, a powtóre, że może przyjść chwila, gdzie jajo zacznie się rozkładać i wywoła zakażenie.

3) Kol. Rosner opowiedział:

„Przypadek wyłuszczenia macicy przez laparotomią metodą Freunda w niezwykłych warunkach.“

F. K. l. 39. rz. kat. zam. z Łupkowa (Nr. prot. gin. 125).

Dnia 14. Marca 1895 zgłosiła się do kliniki: Wywiady: Nie roniła, nie rodziła. Miesiączkowała prawidłowo zawsze dość obficie. Przed 6-ciu laty przebywała ostry gościec stawowy i od tego czasu ma trudności w chodzeniu. Od sierpnia 1894 regularność co miesiąc przez 7 dni, z tych przez pierwszych 5—6 obfita. Ostatnia z początkiem marca. W przerwach między regularnościami od sierpnia białe upławy; w ostatnich dwóch tygodniach brudne, obfite, cuchnące, od tego też czasu bóle dołem i w krzyżach.

Osoba źle zbudowana i odżywiona, anemiczna, chodzi z wielką trudnością z powodu ankylozy w stawach biodrowych. Z powodu tej ankylozy badanie wewnętrzne jest

bardzo utrudnione, chora bowiem bardzo niewiele jest w stanie kolana od siebie oddalić.

Z pochwy wypływa ciecz brudna, cuchnąca. W brzuchu z powodu napięcia powłok nic nie można wybadać. Przez pochwę można wybadać, że część pochwowa jest walcowata, ujście i szyja są dla palca drożne. Błona śluzowa szyi prawidłowa, natomiast na ścianach obszernej jamy macicy można wybadać w górnej części liczne miękkie strzępy, macica wyraźnie powiększona do wielkości dużej pięści leży ku przodowi. Dokładniejsze oburęczne badanie jest zupełnie niemożliwe. Chora gorączkuje do wysokości 38·3 wieczorami.

Rozpoznano *fibromyoma gangraenosum submucosum septicaemia.*

Przed operacyą przestrzykiwano pochwę codziennie sublimatem 1‰ a w dzień operacyi karbolem 5% i 1‰ sublimatem. 18/III przystąpiono do zabiegu. Spodziewano się, że w narkozie uda dadzą się odsunąć od siebie i że jeśli nie *exstirpatio vaginalis* to *vagino-abdominulis* Rydygiera da się uskutecznić. Tymczasem okazało się, że jest *ankylosis vera.* Nie pozostawało nic innego jak przystąpić do laparotomii; zdawano sobie wszakżeż sprawę z tego, że się przedsiębierze zabieg niezmiernie ciężki i z powodu posokowatego rozkładu guza ryzykowny. Wobec beznadziejnego stanu chorej nie było się jednak co wahać i lepiej było wybrać tę drogę, choć tak niebezpieczną, niż pozostawić chorą losowi.

Operacya przedstawiała się jak następuje: Cięcie w linii środkowej od pępka do samego spojenia. Mimo tego cięcia — trudno wprowadzić rękę do brzucha z powodu wielkiej niepodatności powłok; — przecięto przeto przy spojeniu przyczepy obu mięśni prostych. Stosunki w jamie brzusznej przedstawiają się jak następuje: Macica powiększona jak w 3 cim miesiącu ciąży zwrócona jest ku przodowi, zdaje się stanowić z obiema trąbkami rozdętemi jeden guz prawie nieporuszalny z jelitami zrośnięty. Macica barwy wiśniowej przekrwiona — trąbka lewa grubości dużego palca rozdęta, pokręcona jest do macicy i jelit przyrośnięta, ma barwę

i wejrzenie jelita silnie przekrwionego — jak je widujemy w uwięźniętej przepuklinie. Jej ujście brzuszne zarośnięte stanowi jedną całość z jajnikiem przez cystę powiększonym do wielkości orzecha włoskiego zupełnie nieruchomym. Trąbka prawa tej samej wielkości też przyrośnięta i nieruchoma, ale nie tak silnie unaczyniona. — Jajnik prawy również na cystę zamieniony. Wogóle części rodne wewnętrzne stanowią jeden konwolut nieruchomy wypełniający całą miednicę małą — pokryty przyrośniętem doń jelitem.

Techniczne trudności zwłaszcza wobec niepodatności powłok są tak wielkie, że chwilę wahaliśmy się, czy nie najlepiej byłoby guza tego nie ruszać. W każdym razie wydobycie całego tumoru. wraz z adnexami jest wprost niemożliwe — zakładanie bowiem ligatur przy linii bezimiennej a potem przy bocznej ścianie miednicy małej przy niepodatności powłok wprost uskutecznić się nie da. Postanowiono wydobyć naprzód macicę samą a potem jej części dodatkowe. Oddzieliwszy jelita uchwycono kleszczykami Muzeux'a dno macicy i pociągnięto ją do góry, przyczem pękła trąbka lewa; wylała się z niej ropa rzadka posokowata, którą w tej chwili z jamy brzusznej usunięto. Przystąpiono do zakładania ligatur tuż przy brzegu macicy po stronie lewej od góry ku dołowi. Podwiązane partje przecinano zaraz nożyczkami a krwiawiące od strony macicy naczynia zamykano pince'ami. Tak powoli i nie bez znacznych trudności dojść można było do podstawy szerokiego więzu grubej, naciekłej. Zaczęto podwiązywać po stronie prawej również od góry ku dołowi; a kiedy macica była od boków zupełnie oddzielona, przecięto otrzewną na granicy pęcherza i przystąpiono do oddzielania pęcherza na tępo. Przy tej robocie cewnik metalowy przebił cienką ścianę pęcherza od tyłu w pobliżu dna. Brzegi otworu w pęcherzu chwycono w pince'y a zeszycie odłożono sobie na później. Jednem cięciem otwarto następnie od jamy Douglasa sklepienie tylne i z pomocą igieł Dechampa zaczęto podwiązywać sklepienia boczne. W ten sposób po blisko 1 $^1/_2$ godzinnych manipulacyach zdołano wydobyć całą macicę. Natychmiast

przystąpiono do zeszycia pęcherza, co uskuteczniono dwoma piętrami szwów katgutowych kuśnierskich — poczem zamknięto pochwę zeszywając ze sobą jej przecięte w sklepieniach ściany. Pozostało wydobycie adnexów, które po usunięciu macicy nie przedstawiało zbytnich trudności. Po wyjęciu części dodatkowych, pozostawało tylko zespojenie otrzewnej, która okazywała szczelinę od jednej linii bezimiennej do drugiej. W środku ponad dawnemi sklepieniami pochwy szczelina ta przedstawiała się jako okrągły otwór. Szwem katgutowym kuśnierskim Lemberta całą tę szczelinę zaszyto. Przekonawszy się że nic nie krwawi — przepłukano całą jamę brzuszną 3% ciepłym borem, na dno miednicy małej wsunięto worek Mikulicza, górną zaś część rany zespojono jak zwykle. Operacya trwała przeszło 2 godziny.

W przebiegu pooperacyjnym mieliśmy z chorą dużo kłopotu i zmartwień. Przez pierwsze dwa dni tętno utrzymywało się koło 140 tak, że musieliśmy podawać środki podniecające w dosadnich dawkach.

Przy pierwszym opatrunku 23/III rzecz przedstawiała się dobrze, i można było mieć nadzieję, że rana pęcherzowa zgoi się doraźnie. Tymczasem stało się inaczej. 25 marca przy drugim opatrunku zauważyliśmy, że worek Mikulicza przesiąknięty jest amoniakalnym moczem, który po wyjęciu worka szybko na dnie miednicy małej się gromadził. Palcem wprowadzonym w głąb można było wykazać otwór w pęcherzu wielkości fasoli w dnie od tyłu i po stronie prawej. Ciepłota wieczorna utrzymywała się stale koło 38·0. W ciągu leczenia świeżo sklejona rana brzuszna rozeszła się — macerowana wypływającym z pochwy moczem. W miejscu, gdzie leżał worek Mikulicza wytworzył się głęboki granulujący kanał na długość wskaziciela a na dnie czuć było otwór wiodący do pęcherza. Pacyentka gorączkowała ciągle do wysokości nawet 39. W głąb kanału wprowadzało się zrazu seton gazy jodoformowej — kilka razy przy opatrunku wydobywano z głębi strzępy nekrotyczne.

W końcu kiedy granulacye w kanale były czyste, przed 16 dniami usunięto seton z głębi i pokryto tylko ranę z ze-

wnątrz gazą w nadziei że się kanał wygoi. Jako też już nazajutrz mocz nie wyciekał przez jamę brzuszną, tylko przez cewnik stale od operacyi w pęcherzu leżący. Z biegiem czasu kanał zagoił się w zupełności, i obecnie cała rana brzuszna jest na wygojeniu. Natomiast znachodzimy obecnie przetokę wysoko w pochwie ułożoną, prawdopodobnie tę samą, która przepuszczała dawniej mocz do brzucha.

Wobec trudności, na jakie natrafiać będzie zeszycie przetoki, wypadnie nam zrobić colpokłeisis, która wobec zupełnego braku macicy będzie operacyą mniejszej niż zwykle wagi.

Przedstawiam chorą i opisuję przypadek dlatego, że jest on, jak łatwo pojąć niezmiernie ciężki a pod wielu względami interesujący. Choć wynik zamącony jest cokolwiek wytworzeniem się przetoki, to przecież zaprzeczyć się nie da, że chorej, skazanej na rychłą śmierć z posocznicy i już gorączkującej uratowano tym samym zabiegiem życie. Metoda, którą wybrano, była wobec posokowatego rozkładu najryzykowniejszą ale u tej chorej jedynie możliwą. Wszelkie manipulacye od strony pochwy czy to celem zupełnego wydobycia macicy, czy odpreparowania szyi metodą Rydygiera nie dałyby się były uskutecznić. Droga krzyżowa Herzfelda nie byłaby ułatwiła, ale wobec zajęcia adnexów po obu stronach i wobec zrostów z jelitami a macicy znacznie powiększonej raczej utrudniła operacyę.

Preparat wielce ze stanowiska klinicznego i anatomopatolog. ciekawy jest w posiadaniu p. Rektora Browicza, który łaskawie przyrzekł na jednem z najbliższych posiedzeń go przedstawić.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Obaliński sądzi, że przetokę można będzie zaszyć przez *sectio alta* metodą Trendelenburga, a uniknie się zatrzymywania moczu w całej pochwie, gdyby się wejście do pochwy zamknęło (kolpokleisis).

Kol. Kośmiński zapytuje, czy zdarza się częściej takie podobieństwo ściany trąbki rozszerzonej do ściany jelita, tu

nawet po otwarciu trąbki nie możnaby było powiedzieć, czy to trąbka, czy jelito, jedynie tylko treść rozstrzygnęłaby.

Kol. Obaliński przypomina sobie podobny przypadek, że po otwarciu jamy brzusznej myślał, że pętle jelit są do macicy przyczepione, gdy tymczasem były to trąbki rozszerzone.

Kol. Mars zapytuje, czy posoka z pękniętej trąbki dostała się pomiędzy jelita? gdyż zna przypadek, gdzie ropa wylała się z trąbki, ale jelita były osłonięte, a ponieważ przebieg po operacyi był idealny, przeto sądzi, że ropy nic się nie dostało.

Kol. Świtalski jest pewny, że posoka dostała się między jelita.

Kol. Cercha przywodzi na pamięć przypadek pęknięcia całkowitego macicy, w którym mimo, że posoka znajdowała się w jamie brzusznej i powietrze także, — że już istniały objawy otrzewnowe, wyleczenie nastąpiło.

Brakuje nam jeszcze pewnych danych, kiedy jad taki jest zabójczy, a kiedy nie. Nie ulega wątpliwości, że otrzewna zmieniona (zgrubiała lub w stanie zapalnego przekrwienia) zmniejsza swą zdolność chłonniczą i staje się odporniejszą.

Kol. Obaliński zaznacza, że znane są przypadki wyzdrowienia, mimo to, że materye septyczne dostały się do jamy brzusznej i cytuje przykłady obrażenia powłok brzusznych i jelit z dawniejszych czasów, kiedy jeszcze antyseptyka była w kolebce.

Kol. Braun także przytacza przypadek, w którym mężczyzna ze zboczeniem umysłowem zadał sobie kilka pchnięć nożem i skaleczył żołądek. Przypadek ten po zaszyciu żołądka zakończył się pomyślnie.

4) Kol. Jordan okazał preparat ciąży zamacicznej trąbkowej pękniętej, który wyjął przez laparotomię. Historya krótka tego przypadku jest następująca: — Osoba, u której regularność ustała w lutym, myślała, że jest rzeczywiście w ciąży. Przed rokiem objawy rzeżączki. Od 6-ciu tygodni bóle w brzuchu dołem, a przed 3-ma tygodniami bardzo gwałtowne bóle przy ruchu. Kol. Jordan wezwany stwierdził: Stan ogólny lichy, od czasu do czasu wymioty. — Bolesność nad spojeniem łonowem. W sutkach obrzmiałe nieco postronki gruczołowe. Linia środkowa i srom niezabarwione. Macica stanowczo większa — na lewo tumor tkliwy nie bardzo ruchomy, — stwierdzić można, że nie wychodzi bezpośrednio z macicy. Rozpoznanie: *Graviditas extrauterina*. Pacyentkę przeniesiono do kliniki we wtorek. We czwartek miała być operowana. We środę wystąpiły znowu silne bóle, wymioty i zapad. We czwartek stan lepszy — z po-

wodu zaparcia stolca kalomel, potem stan się pogorszył, szczególnie w nocy. W piątek zapad, a chora opowiada, że miała takie uczucie, jakby jej coś w brzuchu pękło. Operacya. Po otwarciu jamy brzusznej dużo krwi płynnej i skrzepłej. Pole operacyjne nie widoczne. Okazało się, że mamy trąbkę pękniętą poszarpaną, jajo częściowo wyszło do jamy brzusznej, a częściowo było w trąbce. Jajo wydobyto, a potem salpingectomia. Wlano do brzucha normalny roztwór soli i zamknięto. Stan po operacyi lepszy. Następnie zapad i śmierć.

Kol. Obaliński operował trzy razy w przypadkach ciąży zamacicznej, raz bezwiednie, a dwa razy po dokładnem i pewnem rozpoznaniu.

Jest zdania, że w przypadkach, gdzie rozpoznanie zrobiono, należy zaraz operować. Jeden przypadek zakończył się niepomyślnie, dwa pomyślnie.

Ciąża zamaciczna przebiega wśród różnych objawów, zależy to od tego, czy jest przed pęknięciem, czy w czasie pęknięcia, czy w jakiś czas po pęknięciu. W tych przypadkach, które są świeże bez gorączki a raczej ropienia radzi laparotomię, tam zaś gdzie już są objawy zapalne lub ropienie, robi i radzi cięcie Bardenhauera.

Kol. Braun przytaczając swój przypadek ciąży zamacicznej pękniętej, podnosi, że bóle napadowo występujące i zapad, są dla pęknięcia ciąży zamacicznej objawem patognomonicznym.

Dalszych numerów porządku dziennego z powodu spóźnionej pory nie wyczerpano i na tem zakończono posiedzenie.

Posiedzenie z dnia 21 maja 1895.

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan. Obecnych członków 7.

Porządek dzienny:

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia.

4) Kol. Przewodniczący opowiedział historye hoроby 4 porodów, gdzie rozwiązanie nastąpiło za pomocą cięcia łonowego. Wszystkie zabiegi robiono, albo z powodu ścieśnienia miednicy, albo z powodu nadmiernego rozwoju płodu. Ścieśnienie nie było bardzo znaczne, położenie we wszystkich przypadkach główkowe. Operacye robiono w 34—56 godz. po rozpoczęciu czynności porodowej. Nim przystąpiono do zabiegu zakładano

kleszcze. W 1 przypadku nie założono szwu kostnego, w 3 przypadkach założono szew kostny, ale to udaje się z trudnością.

W pierwszym i drugim przypadku po wykonaniu cięcia łonowego założono kleszcze wysokie, w 3 przypadku założono kleszcze Breusa, w czwartym kleszcze Madurowicza. Leczenie po operacyi w połogu: W pierwszym przypadku ropienie w ranie i cystitis, wyszła wyleczona, druga wyleczona bez zaburzeń, w trzecim przypadku rozkład w ranie i wyniszczenie, w czwartym śmierć z powodu *endometritis septica.* Czas trwania leczenia wynosi mniej więcej dni 60.

Dyskusyę nad tym przedmiotem odłożono.

2) Kol. Mars przedstawił modele gipsowe (czyli dalszy ciąg swego plastycznego atlasu). Są to modele najnowszych operacyi ginekologicznych.

5) Kol. Rosner miał rzecz:

O używaniu płynu Walthard-Tavela przy laparotomiach.

W czerwcu 1894 mówił Schiffer w lipskiem Towarz. ginek-położn. „O niedrożności przewodu pokarmowego po laparotomiach z urządzeniem suchej i mokrej aseptyki jamy brzusznej“. Ten praktycznie bardzo ważny temat był dla nas o tyle jeszcze więcej interesującem, że właśnie w ciągu r. szk. 189$^3/_4$ straciliśmy dwie chore z powodu niedrożności jelit po laparatomii. To powikłanie pooperacyjne, najpodstępniejsze ze wszystkich, jest też, jak słusznie twierdzi Spencer Wells najniebezpieczniejszem ze wszystkich dlatego, że go przewidzieć a więc i zapobiedz mu trudno. Przeciw zakażeniu i krwotokowi walczymy aseptyką względnie lepszą techniką operacyjną; niebezpieczeństwa niedrożności nie zdołano usunąć nawet w czasach największego rozkwitu chirurgii jamy brzusznej. Wyniki, jakie po użyciu płynu Walthard-Tavela otrzymał Schiffer, zachęciły nas do prób w tym kierunku. To też od Października 1894 używamy przy laparotomiach wyłącznie sterylizowanego roztworu soli i sody (*Natrii carbonici calcinati* 2·50, *Natrii chlorali* 7·50 na litr wody). Ponieważ operujemy w ułożeniu Frendelenburga, przeto rzadko kiedy zachodzi potrzeba ewentracyi jelit; pokry-

wamy je tylko ciepłymi kompresami, wygotowanymi w rzekomym rozczynie.

Suchej aseptyki nie używaliśmy nigdy; dawniej posługiwaliśmy się kwasem borowym, nie mogę też tak, jak to czyni Schiffer — przeciwstawić aseptykę suchą wilgotnej, tylko co najwyżej porównać ze sobą dwie metody wilgotnej asepstyki. W ten sposób łatwiej zresztą będzie ocenić zalety płynu Tavela, odnośnie do jego składu chemicznego. Nie mogę niestety, na poparcie tego lub owego twierdzenia przytoczyć cyfr bardzo dużych Rozporządzam 100 przypadkami krakowskiej kliniki, z których 50 operowaliśmy w czasach, kiedy wyłącznie kwas borowy był w użyciu, 50 zaś, używając już płynu Walthard-Tavela.

Do pierwszej grupy należy: 26 owaryotomii, 6 myomotomii, 2 salpingektomie, 3 kastracye, 6 wentrofiksacyj, 1 operacya ciąży zamacicznej, 2 ooforopeksie, 2 laparotomie próbne i 2 cięcia cesarskie. W drugiej grupie znachodzimy 14 owaryotomij, 10 operacyj na cięciach dodatkowych macicy, 10 myomotomij, 3 operacye ciąży zamacicznej, 7 wentrofiksacyj, 2 laparotomie próbne, 1 laparotomia z powodu *Haematometra cornus rudimentarii*, 1 ooforopeksya, 1 kastracya i jedno cięcie cesarskie.

Obie te grupy różnią się bardzo zasadniczo co do zachowania się jelit po operacyi. W pierwszej było 10 przypadków wyraźnej gnuśności przewodu pokarmowego, która w ośmiu przypadkach dała się usunąć przez podawanie silniejszych środków przeczyszczających, względnie wysokie wlewania, w dwóch jednak przeszła w zupełną niedrożność, która się zakończyła śmiercią. Jeden z tych nieszczęśliwych przypadków dotyczy chorej po myomotomii, która na piąty dzień po operacyi okazywała tak wyraźne objawy niedrożności, że trzeba było przystąpić do otwarcia jamy brzusznej i założenia *anus praeternaturalis*. Niestety pomoc ta była spóźnioną. W drugim przypadku chodziło o karlicę, u której wykonano cięcie cesarskie konserwatywne. Chora czwartego dnia zmarła z powodu niedrożności. W innym przypadku cięcia cesarskiego wystąpiły 5-go dnia objawy ileus, wśród

których rana brzuszna rozeszła się. Po odprowadzeniu jelit i powtórnem zaszyciu rozeszła się po raz drugi. Naocznie mieliśmy sposobność przekonania się, że w tym przypadku nie było zapalenia otrzewnej. Wysokie wlewania wywołały na szczęście stolec.

W drugiej grupie przy użyciu roczczynu soli i sody nie widzieliśmy ani jednego przypadku ciężkiej gnuśności jelit a tem mniej niedrożności. Przeciwnie u niektórych chorych nie potrzeba było nawet używać środków przeczyszczających, ponieważ wypróżnienie następywało dobrowolnie. U innych podawało się Ol. ricini kalomel albo lawatywy. Wymioty, bóle, wzdęcie, wogóle objawy które chorym po laparotomii tak często dają się we znaki — stały się również przy użyciu płynu Tavela rzadszemi. W niektórych bardzo ciężkich przypadkach przebieg pooperacyjny był uderzająco dobry. Jest to tem dziwniejsze, że nie brak w tej grupie przypadków, w których trzeba było oddzielać jelita od guza i w których zabieg trwał długo (do 2 godzin). W tych przypadkach można się było obawiać ciężkich zaburzeń ze strony jelit.

Zgadzam się zupełnie ze Schiferem, że dotychczas nie posiadaliśmy środka, któryby był w stanie uchronić nas na pewne przed tem najstraszniejszem powikłaniem pooperacyjnem. Nie chcę też bynajmniej twierdzić, że go dziś posiadamy; kwestya, czy kiedykolwiek będziemy go posiadać. Jednak na podstawie 46 laparotomii kliniki berneńskiej, o których pisze Walthard, 76 laparotomii z kliniki Sängera, na których wywody swoje opiera Schiffer a w końcu naszych 50 przypadków, możemy wypowiedzieć zdanie, że w płynie Tavela posiadamy środek, który, jeśli nie zapobiegnie w zupełności niebezpieczeństwu niedrożności, to przynajmniej znacznie je zmniejszy.

W tem znaczeniu polecić też możemy płyn Tavela jako środek dzielny.

3) Kol. Kośmiński okazał cewnik własnego pomysłu do przestrzykiwania wnętrza macicy i szczypczyki, których używa przy wyłuszczaniu pochwowem macicy w przypadkach gdy uchwycenie części pochwowej jest niemożebne. Szczypczyki te

chwytają w ten sposób, że zamknięte wprowadza się do wnętrza macicy, a potem otwierają się na zewnątrz i chwytają miąższ.

Kol. Braun uważa, że trudność wprowadzenia szczypczyków do wnętrza macicy będzie stanowić ich wadę.

6) Kol. Świtalski mówił:

„O wyłuszczeniu macicy pochwowem, z powodu groźnego krwotoku macicy."

N. M. l. 29. zam: z Dąbrowy Górnej. Pierwsza regularność wystąpiła w 16 r. i powtarzała się co miesiąc bez boleści, była zawsze jednak bardzo obfitą. Zamężna od lat 13, prawdopodobnie roniła raz w drugim miesiącu ciąży w pierwszym roku pożycia małżeńskiego. Rodziła raz przed 10-ciu laty, przyczem akuszerka wydobywała łożysko z macicy. W połogu chorowała przez kilka tygodni, poczem była całkiem zdrową.

W czerwcu 1894, w tydzień po skończonej regularności, bez wiadomej przyczyny nastąpiło znaczne krwawienie z macicy utrzymujące się przez kilka dni. To samo powtórzyło się w lipcu tegoż roku, krwawienie jednak było znacznie obfitsze i dłużej trwające.

Kiedy środki stósowane przez lekarza pozostawały bez skutku, chora zgłosiła się do Szpitala Św. Łazarza, gdzie została przyjętą na oddział III dnia 27 lipca 1894. Rozpoznano wtedy, *anteflexio uteri*, *endometritis haemorrhagica*, *anaemia*.

Dnia 2 sierpnia wyłyżeczkowano wnętrze macicy, przyczem zostały oddalone liczne strzępy błony śluzowej, których jednak nie zbadano drobnowidowo. W cztery dni po dokonanym zabiegu krwawienie całkiem ustąpiło. Dnia 28 sierpnia wystąpiła regularność bardzo obfita a po skończeniu takowej chora opuściła szpital.

Dnia 26 września rozpoczęło się krwawienie miesiączkowe i utrzymywało się bez przerwy przez cały październik. Spokojne leżenie na wznak, okłady lodowe, sporysz wewnętrznie, wstrzykiwania podskórne ergotyny okazały się

bezskutecznemi, a chora stała się bardzo osłabioną i niedokrewną.

Przyszedłszy nieco do sił po ustąpieniu krwawienia zgłosiła się chora do kliniki ginekolog. gdzie została przyjętą dnia 21 listopada 1894.

Badanie w tym czasie dokonane wykazało, że chora jest dobrze zbudowaną, miernie odżywioną, niedokrewną. Narządy oddechania i krążenia prawidłowe. Mocz nie zawiera białka. Macica w przodozgięciu nieco większa, ruchoma, niebolesna; w częściach dodatkowych wybitnych zmian nie ma. Badanie zapomocą sondy wykazuje długość jamy macicy prawidłową, a błonę śluzową wszędzie gładką. Sondowanie niebolesne, po sondowaniu z macicy nie krwawi. Zalecono spokojne leżenie, pożywne odżywienie i żelazo.

Od 22/XI do 24/XI krwawienie dosyć znaczne; obok krwi płynnej odchodzą skrzepy krwi.

Ponieważ powyższem badaniem niemogliśmy wykazać przyczyny tych znacznych krwotoków, postanowił prof. Jordan dokładnie zbadać wnętrze macicy bezpośrednio zapomocą palca.

W tym celu dnia 10/XII po dokładnem oczyszczeniu pochwy założono do szyi macicznej seton gazy jodoformowej, który pozostawiono przez 24 godzin, poczem go wydobyto i założono świeży mając zamiar następnie zapomocą rozszerzadeł Hegara uczynić sobie kanał szyjki drożnym dla palca. W dniu powtórnego założenia setonu 13/XII wieczorem wystąpił silny dreszcz, podwyższenie ciepłoty (39°C) i bolesność nad pachwiną lewą. Wyjęto zaraz seton, wystrzykano delikatnie pochwę, zastosowano okład lodowy na dolną część brzucha i podano narkotyk. Gorączka utrzymywała się przez trzy dni, bolesność nad pachwiną lewą po kilkunastu godzinach ustąpiła, natomiast wystąpiły silne bóle nad pachwiną prawą.

Dnia 16/XII można było wybadać koło macicy po stronie prawej opór mający cechy exsudatu omacicznego. Tego samego dnia rozpoczęło się znowu krwawienie z macicy,

które stale utrzymywało się aż do dnia operacyi. Krwawienie to raz mniejsze, drugi raz bardzo znaczne nie dało się powstrzymać żadnymi środkami.

Okłady lodowe, sporysz wewnętrznie, *extr. fluid. Hydr. canad. Hydrastin hydrochl* stałe wystrzykiwanie pochwy wodą lodową, *Inf. fol. Digitalis*, wszystkie te środki pozostawały bez skutku. Tamponowania pochwy nie robiono z powodu exsudatu Stan chorej bardzo znacznie się pogorszył a niedokrewność doszła do bardzo wysokiego stopnia tak, że chora zaczęła tracić przytomność i stała się senną. W tym czasie pod wieczór wystąpiło kilkakrotne podwyższenie ciepłoty.

Wobec bardzo groźnego stanu chorej i ciągłego krwawienia potrzeba było koniecznie powstrzymać krwawienie. W tym celu postanowiono usunąć źródło krwotoku przez wyłuszczenie macicy, co dokonano dnia 29/XII metodą Richellota.

Wykonanie operacyi z powodu tumoru po stronie prawej natrafiało na liczne techniczne trudności a zupełnego wyłuszczenia macicy udało się dopiero dokonać po poprzedniem odcięciu szyjki ponad ujściem wewnętrznem. Wycięta macica nieco większa makroskopowo przedstawiała się całkiem prawidłowo.

Przez pierwsze dni po operacyi chora gorączkowała, stan ogólny chorej jednak się poprawiał. Od 3/I do 21/I 95 stan chorej dobry, ciepłota prawidłowa, chora nie doznaje żadnych dolegliwości.

Dnia 21/I wystąpiły silne bóle w okolicy nadpachwinowej prawej, które odtąd stale się utrzymywały aż do dnia 29/I, w którym wykonano drugą operacyę. Gdy bowiem badanie dnia 27/I wykazało po stronie prawej tumor chełboczący wielkości pięści, z którego zapomocą strzykawki Prawatza wydobyto ropę postanowiono tumor ten otworzyć i ropę wypuścić. Cięciem Bardenheura idąc w głąb po za otrzewnę utworzono sobie drogę aż do tumoru, po nacięciu którego wypłynęło dosyć dużo ropy. Następnie od dołu zrobiono drugi otwór do pochwy i przeprowadzono dren.

Dalsze leczenie polegało na codziennem wystrzykiwaniu jamy przez dren 3% rozczynem kw. karbol., wlewaniu mieszanki jodoform. glyceryn. a w końcu balsamu peruwiańskiego. Chora przez kilka dni po operacyi jeszcze gorączkowała poczem stan chorej coraz więcej się poprawiał tak że 23/III wyleczona opuściła klinikę.

Badanie mikroskopowe wyciętej macicy wykazało tylko małe zmiany na błonie śluzowej w postaci *„endometritis interstitialis“*, które powyższych krwawień wcale nie usprawiedliwiają.

Przypadek ten jest w każdym razie niezwykłym, gdyż dla tak znacznych krwotoków macicznych nie można było wykazać żadnej podstawy anatomicznej.

Przyczyny krwotoków macicznych mogą być nader rozmaite. Mogą one wystąpić w przebiegu chorób ogólnej natury, jak choroby infekcyjne, kahexie rozmaitego rodzaju, *polysarcia*, *icterus gravis*, *morbus Brigthi*, wady sercowe, przy tak nazwanych dyatezach hemoragicznych jak *morbus maculosus Werlhofii* i scorbut. Krwotoki z powodu powyższych przyczyn rzadko dochodzą do znaczniejszych rozmiarów i rzadko występują jako krwawienia atypowe, zresztą u naszej chorej żadnej z powyższych chorób wykazać nie można było.

Najczęściej przyczyna krwawień macicznych leży w zmianach patologicznych samej macicy, rzadziej jej części dodatkowych jak trąbki i jajniki ale i tych w danym przypadku stwierdzić nie można było.

Nie da się wykluczyć, że zapalenie tkanki łącznej omacicznej po stronie prawej (*parametritis dextra*) jakie wystąpiło w następstwie sztucznego rozszerzania szyjki mogło się przyczynić do zwiększenia krwawienia przez sprowadzenie przekrwienia ale nie może być uważanem za przyczynę krwawień, które na długi czas przed zapaleniem następywały. Ze chora była skłonną do krwawień, o tem świadczy zawsze obfita regularność. Brak znaczniejszego krwotoku po porodzie i po poronieniu pozwala wykluczyć i hemophi-

lia, gdyż w tych razach niechybnie przyszłoby do bardzo znacznych krwawień, o czem chora jednak nie wspomina. Przeciw hemophilii przemawia również brak krwotoków z innych organów a jednorazowy wprawdzie dosyć silny krwotok nosowy, jaki chora miała w klinice na kilka dni przed operacyą, należy raczej uważać jako następstwo anemii.

Ze krwotoki maciczne bez przyczyny wykazać się dające mogą występować, o tem wspomina Olshausen w dziele, *die Krankheiten der Ovarien* 1886 S. 449, i opisuje przytem przypadek, gdzie u chorej z powodu takichże krwawień z macicy wykazał z dobrym skutkiem kastracyę.

Po wyczerpaniu leczenia konserwatywnego może być w takich uporczywych krwotokach grożących zgonem chorej, mowa tylko o leczeniu operacyjnem. Pozostaje do wyboru podwiązanie tętnic macicznych (Martin) *castratio* (Olshausen) lub wreszcie *extirpatio uteri per vaginam*: Nie biorę tu w rachubę operacyi poleconej przez Emmeta polegającej na tymczasowem zaszyciu ujścia zewnętrznego.

W danym przypadku musiano wybrać zabieg najpewniejszy niezawodny odrazu krwawienie powstrzymujący, gdyż jeszcze kilkagodzinne krwawienie mogło sprowadzić śmierć chorej. Takim pewnym zabiegiem jest tylko usunięcie źródła krwotoku t. j. macicy, co też zostało zrobionem.

Że wykonanie takiego zabiegu jest usprawiedliwionem i w wielu razach już z powodu krwawień zostało wykonanem, o tem wspomina Pozzi (*Lehrbuch der klin. und oper. Gynäkologie* F. II. S. 623). Hofmeier (*Grundriss der gyn. Operationen* 1892 S. 307) między wskazaniami do wycięcia macicy przez pochwę wspomina i o krwotokach często się powtarzających a nie dających się usunąć innem leczeniem.

Na tem zakończono posiedzenie.

Posiedzenie z dnia 11 listopada 1895.

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan. Obecnych członków 9.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokołu odłożono.

2) Kol. Rosner okazał preparat macicy wyjętej przez pochwę i opowiedział historyę choroby tego przypadku:

Dzisiaj przed południem miałem sposobność operować w klinice pacyentkę J. B. l. 35 liczącą, której nie tak dalece historya choroby ani przebieg operacyi, ale preparat wydobyty przez zabieg przedstawia ciekawe szczegóły. Dla objaśnienia tego preparatu dodam krótką historyę jej choroby.

Początku regularności nie pamięta; miesiączkowała prawidłowo; zamężna od $7^1/_2$ lat. Nie roniła, rodziła 3 razy, ostatni raz przed 3-ma laty. Porody i połogi prawidłowe. Od 3 lat t. j. od ostatniego porodu uważa się za chorą. Podczas karmienia ostatniego dziecka wystąpiły menorrhagie ze skrzepami krwi, z bólami kurczowymi połączone trwające po 8 dni. Dopiero ten typ menorrhagii ustąpił miejsca metrorrhagiom przed 4-ma miesiącami. Krwotoki te występowały mniej więcej co 2 tygodnie. W tymże czasie natężenie bólów się wzmagało a charakter ich przypominał bóle porodowe. Od 3 tygodni krwawienie skąpe; natomiast odchody ropne cuchnące. Przed 8-ma dniami miał nastąpić bardzo gwałtowny krwotok, który sprowadził obecną anemię. Od tego czasu apetyt i siły znacznie podupadły. Stolec i mocz przez cały czas choroby prawidłowe.

Status praesens: Osoba bardzo blada o odżywieniu miernem, ciepłocie podwyższonej, tętnie szybkiem i nikłem, języku obłożonym okazującym tremor. Powłoki brzuszne miernie cienkie. Nad spojeniem łonowem na wysokości 4 palców, opór wychodzący z miednicy małej wąski, linię środkową na prawo na szerokość palca na lewo na szerokość 2 palców przekraczający. Jego powierzchnia nierówna,

ruchomość bardzo nieznaczna, bolesność mierna. Gruczoły zaotrzewnowe i pachwinowe niemacalne. Wypuk wszędzie bębenkowy; lejka, któryby odpowiadał inwersyi, nie ma, jednak po stronie lewej czuć talerzykowate łagodne zagłębienie, które może odpowiadać częściowej inwersyi. Szczegół ten jest trudno wybadalny, jednak Prof. Jordan zwrócił na niego szczególną uwagę i na tej podstawie rozpoznał częściowe wynicowanie. Przedsionek blady, wejście do pochwy wciągnięte w głąb, szerokie, na niecałą falangę za wejściem w pochwie czuć guz mniej więcej okrągły wielkości główki 7 miesięcznego płodu, o powierzchni gładkiej, zbitości włókniakowej, który, acz wypełnia całą pochwę, pozwala jednak przesunąć mimo palec. Badanie to wykazuje, że guz ten wychodzi z rozwartego na dłoń zewnętrznego ujścia macicy zaznaczonego rąbkiem. Od tego guza ku górze ciągnie się szypuła, grubości mniej więcej $2^1/_2$ ctm, która idzie aż do dna macicy więcej ku stronie lewej. Nasada tej szypuły w jamie macicy dokładnie wybadać się nie daje.

9. XI. w dzień przyjęcia dreszcze 39·0 t. 128, 10. XI. rano 37·0 t. 100, wieczorem dreszcze 38·8 t. 120. Dnia 11. XI. operacya.

Operacya.

Narkoza eterowa. Pochwa i macica dokładnie sublimatem przepłukana, srom obmyty i ogolony. Położenie jak do cięcia kamienia. Odsłoniwszy palcami guz leżący w pochwie, chwycono go szeroko kleszczykami ostrymi Muzeuxa. Przy lekkiem jednak pociąganiu kleszczyki wyrwały spory kawałek guza; jego utkanie okazuje się wtedy przesiąknięte mętną cieczą, sam miąższ zaś kruchy i bezkrwawy. Uchwycono w tenże sposób drugi i trzeci raz tumor, z powodu jednak kruchości i wyrywania się cząstek uchwyconych nie zdołano guza w ten sposób wytoczyć przed pochwę. Wtedy operujący wprowadził całą rękę do pochwy i zaszedłszy palcami poza guz zdołał go wysunąć bez trudności przed szparę sromową. Wówczas przedstawił się następujący widok. Z bardzo szeroko rozwartego ujścia zewnętrznego, w którem mogłaby stanąć wieńcowo główka siedmiomiesięcznego płodu, z ujścia

otoczonego grubymi i dość twardymi brzegami sterczy gruba jak udo donoszonego dziecka szypuła guza. Obok tej szypuły wprowadzony do macicy palec natrafia po stronie lewej, od przodu i od tyłu na falangę za ujściem na przeszkodę, utworzoną ze ścian macicy. Przyczyną tego może być albo bardzo szerokie przyczepienie szypuły, albo wynicowanie macicy. Jedynie po stronie prawej może wejść palec do głębokiej jamy macicy. Badanie oburęczne przemawia za wynicowaniem, gdyż opór od macicy pochodzący jest po stronie lewej bardzo niski. Postanowiono spróbować wyłuszczenia guza, amputacya bowiem jego mogła sprowadzić przedziurawienie macicy. W tym celu w tylnej części guza niedaleko nasady szypuły przecięto nożem osłonę jego poprzecznie na głębokość 1 ctm., przyczem szczęśliwie trafiono na granicę między guzem a jego podłożem i szybko guz wyłuszczono prawie bezkrwawo. Pozostała jego torebka rozpadająca się i macica wynicowana. Uwzględniając ogólny stan chorej (anemia, dreszcze, gorączka), dalej miejscowe ropne zmiany w macicy zdecydowano się na jej wyjęcie. Łatwo odpreparowano pęcherz od macicy i stwierdzono wprowadzonym pod samą otrzewnę palcem, że prawa połowa macicy jest prawidłowo wysoko, w miejscu zaś lewej w wysokości załamku otrzewny (*cavum vesico-uterinum*) znajduje się lejek, do którego wchodzą adnexa lewe z wyjątkiem jajnika, który leży obok brzegu lejka. Otrzewnę otwarto, poczem przecięto tylną ścianę pochwy i cavum Douglasa. Cięcie przednie z tylnem połączono i zaczęto zakładać pince'y Richellota na *basis lig. lali dextri.* Trzy pince'a założono na stronę prawą, po której usunięto trąbkę i jajnik. Po stronie lewej założono też 3 pince'y, bo choć po stronie lewej *lig. latum* było niższe, to jednak było grubsze i dwie partye bano się brać w jedne kleszczyki. Krwawienie po operacyi bardzo słabe wogóle, utrata krwi nie przekraczała 30 gr. Dodać w końcu należy, że tak przed jak i podczas operacyi zachowywano najskrupulatniej antyseptykę. Ranę w sklepieniach i pochwę zatamponowano lekko gazą jodoformową. Tętno po operacyi nie zmienione.

3) Kol. J o r d a n mówił o leczeniu tyłozgięcia uwięźniętej macicy ciężarnej. Prelegent zaznacza, że nie będzie mówił o czemś nowem, lecz pragnie kolegom przypomnieć metodę Grelich Hewitha tj. zakładanie balonu Brauna do kiszki stolcowej, który to sposób uważa się za nader cenny, dający się wykonać bez niebezpieczeństwa, ba nawet bez znacznych dolegliwości dla chorej, a sposób ten okazał się wyśmienitym w przypadku, w którym wszystkie możliwe metody odprowadzania macicy zawiodły. Pacyentka przybyła wśród objawów towarzyszących uwięźnięciu macicy. Wśród usiłowań odprowadzenia macicy okazało się, że po stronie prawej istnieje zrost, który macicę pociąga ku tyłowi. Wobec trudności myślał nawet prelegent o wykonaniu laparatomii celem usunięcia zrostu, gdy przypomniał sobie metodę Hewitha, która wydała bardzo dobry wynik. Balon leżał od 10—3 i od 6—11 godziny. Pacyentka opuściła szpital wyleczona, ciąża nie została przerwana. — Przy sposobności wspomniał o przypadku, w którym w dwóch po sobie następujących ciążach obserwował uwięzgnięcie macicy, co nie jest rzeczą częstą.

W dyskusyi zabierali głos koledzy:

Kol. M a r s zwraca uwagę, że metodę tę polecali dawniej Anglicy i że pamięta przypadek z czasów kiedy był asystentem w klinice, w którym chciano użyć tej metody, gdyby inne do celu nie prowadziły.

3) Kol. K o ś m i ń s k i odczytał historyę choroby położnicy przywiezionej do szpitala nie długo po porodzie, która umarła z krwotoku w godzinę po przybyciu do szpitala. Była to osoba nie zamężna, służąca jak się potem dowiedział. W czasie ciąży była zdrową. 24 godzin przed rozpoczęciem czynności porodowej czuła się słabą, znużoną i narzekała na ból głowy. Urodziła płód 7-miesięczny nieżywy, łożysko odeszło samo. Krwotoku silniejszego nie było. W czasie przewożenia do szpitala stracić mogła 300 gr. krwi. Była nieprzytomna, a z części rodnych sączyła krew ciemna wcale nie krzepnąca. Badanie wykazało powiększenie wątroby i śledziony i mierną żółtaczkę, macicę niewielką, ciastowatą. Mimo wszelkich możliwych sposobów tamowania krwotoku, które zastosowano, mimo, że krwawienie było mierne, ale ciągłe, położnica zmarła w godzinę. Przypadek ten dziwne okazywał podobieństwo do tego, jaki opisał kol. Rosner z kliniki, to też kol. prelegent na karcie pośmiertnej napisał, że albo chodzi o otrucie fosforem, albo, co mu się wydawało prawdopodobniejszem, o ostry zanik wątroby. Sekcya to ostatnie rozpoznanie potwierdziła.

Kol. Świtalski broni metody Dührsena, zna bowiem przypadki, w których ta metoda niewątpliwie była skuteczną, podczas gdy inne zwykle używane zawiodły, chociaż co do tych dwóch przypadków jest przekonany, że każda najlepsza metoda musiała zawieść, gdyż macica przynajmniej w przypadku klinicznym nie okazywała skłonności do skurczenia się i była w ciągłym rozkurczu.

Kol. Zoll zapytuje, czy wykonano sekcyę płodu w przypadku kol. Kośmińskiego?

Kol. Kośmiński odpowiada, że sprawą tą zajmuje się kol. Rosner i że badania będą przeprowadzone.

Kol. Świtalski zapytuje, kiedy nastąpiła u chorej utrata przytomności?

Kol Kośmiński nie wie, kiedy nastąpiła utrata przytomności, bo chora przywieziona do szpitala była nieprzytomna.

Kol. Mars zwraca uwagę, iż ważną rolę odgrywa w przypadkach takich ilość utraconej krwi. Zwraca też uwagę, że jeżeli śmierć nie następuje natychmiast, lecz po 3 lub więcej dniach, to nawet mimo, że to jest otrucie fosforem, badanie co do obecności fosforu może wypaść ujemnie. Przy leczeniu krwotoków poporodowych bardzo dobrym środkiem jest gliceryna, bo jest środkiem aseptycznym i higroskopijnym, sam dużo dawniej, a nawet i teraz używa gliceryny z pomyślnym wynikiem nie tylko podczas krwotoków poporodowych, lecz i po za okresem sprawy rodzenia w przypadkach ginekologicznych.

Kol. Świtalski sądzi, jak to już zaznaczył, że w tych dwóch przypadkach i gliceryna zawiodłaby niezawodnie.

Kol. Rosner nie może się zgodzić z kol. Świtalskim co do pojęcia rozkurczu macicy i sądzi, że w jego pojęciu w tych przypadkach rozkurczu nie było. Tu przyczyną krwawienia była zmiana w krwi.

Kol. Zoll zwraca uwagę, aby w tych przypadkach badać drobnowidowo ściany drobnych naczyń.

Na tem zakończono posiedzenie.

Posiedzenie z dnia 9 grudnia 1895.

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan. Obecnych członków 10.

Porządek dzienny:

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Mars mówił „o naczyniaku łożyska“ i okazał łożysko i preparaty mikroskopowe.

Angioma myxomatodes disseminatum placentae.

Guzy nowotworowe pozostające w związku morfologicznym z łożyskiem, albo rozwijają się w ścianach macicy i budową swą zdradzają utkanie łożyskowe, albo też rozwijają się w samem łożysku, są do niego ograniczone i w niem tylko tworzą mniejsze lub większe guzy. Pierwsze jako nowotwory złośliwe mają większe praktyczne znaczenie, więcej też uwagi zwracały na siebie. Drugie natury więcej dobrotliwej, wyraźnych następstw niewywołujące bywały zdaje się pomijane, a to tem więcej, że łożyska bywają zazwyczaj pobieżnie badane.

Jak dotąd guzy nowotworowe ograniczone do samego łożyska należą do rzadkości. W dziełach większych napotykamy zaledwo tylko wzmianki, a wielu autorów ich nie widziało. Przypadki rozrzucone w literaturze zebrał E. Alin (*Nordiskt med. Arkiv Bd. XXIII Nr. 4*) i przytacza ich 19, do których przybywa przypadków przez niego obserwowanych cztery. W roku zeszłym podał w Towarzystwie ginekologicznem w Dreźnie Bode (*Centralblatt für Gyn. 1895 S. 922*) jeden przypadek i z literatury zacytował 18. Na temże posiedzeniu w dyskusyi powiedział Zweifel, że na 7—8000 w tym celu badanych łożysk w ciągu lat 5-ciu raz tylko widział guz łożyska. Przypadki podane opisywane były bardzo krótko i niedokładnie, tak, że tylko przypadków kilka jak Virchova, Storcha, Alina, Bodego do dokładnie badanych i opisanych zaliczyć musimy. Część tych przypadków przypada na naczyniaki, inna część na guzy nowotworowe innego rodzaju. Poglądy autorów co do pochodzenia naczyniaków łożyska są różne. Podczas gdy dawniejsi autorowie wywodzili je z doczesnej, ze skrzepów krwi, w ogóle przyznawali pochodzenie po za łożyskowe, to ostatnie badania wykazują, że one stanowczo pochodzą z kosmówki.

Będąc w posiadaniu łożyska ze zmianą nowotworową, którego pochodzeniu towarzyszy zajmujący przebieg ciąży, podaję krótki opis odnośnego przypadku.

N. N. żona lekarza, pierwiastka 24 lat licząca, w panieństwie nie przechodziła żadnych poważniejszych spraw chorobowych. Rodzice zdrowi żyją oboje. W rodzinie niema żadnych cierpień dziedzicznych, troje rodzeństwa zdrowych, jedno umarło dzieckiem na błonicę. Miesiączkowała od 16-go roku życia zawsze prawidłowo w regularnych odstępach nie zbyt obficie. Ostatnia regularność przed ciążą pojawiła się 12 stycznia 1895 r. — Po zastąpieniu czuła się zaraz niezdrową, a mianowicie przez cały ciąg ciąży żaliła się na dokuczliwe często powracające bicie serca i na bóle w podbrzuszu rozpromieniające się ku udom. Mąż zdrów, kiły nie przechodził.

Z powodu wyż namienionych dolegliwości, badałem pacyentkę po raz pierwszy na dniu 20 czerwca.

Badanie wykazało osobę bardzo szczupłą smukłej i wątłej budowy, kości cienkie. W organach wewnętrznych niemożna wykazać żadnych zboczeń, wymiary i tony serca prawidłowe; tętno nieco przyspieszone łatwo pobudliwe. Mocz prawidłowy. Brzuch rozdęty znacznie, nieodpowiednio okresowi ciąży. Macica sięga dnem do połowy odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Obwód brzucha w wysokości pępka wynosi 105 centim. Ściany macicy mocno napięte, chełbotanie na całej macicy bardzo wyraźne. Przy omacywaniu można tylko w jednem miejscu nad spojeniem kości łonowych czuć jakby jakąś część płodową większą ale niewyraźnie, więcej części płodowych nigdzie wyczuć niemożna z powodu znacznego napięcia ścian macicy. Tętna płodowego nigdzie wyraźnie nie słychać, w jednem miejscu tylko w dole od czasu do czasu jakby niewyraźnie z dala przewiedzione.

Wymiary miednicy:

Diameter	*spinalis*	—	20	ctm.
„	*cristalis*	—	25	„
Conjugata	*externa*	—	17·5	„
Conjugata	*diagonalis*	—	10·5	„
„	*vera*	—	8.5	„

Badanie wewnętrzne wykazuje wnijście do pochwy wązkie, część pochwową nisko ustawioną, kształtem pierwiastce odpowiadającą. Dalszy ciąg macicy czuć we wszystkich sklepieniach. Badanie miednicy stwierdza wymiary poprzeczne mniejsze *conj. diagonalis* jak wyżej. Rozpoznano: *Graviditas in sexto mense. Hydramnios. Pelvis aequabiliter justo minor.*

Po udzieleniu dyetetycznych wskazówek co do zachowania się podczas ciąży, zastrzeżono powtórne badanie po kilku tygodniach. — W myśl tego też zostałem wezwany dnia 20 sierpnia czyli w dwa miesiące po pierwszem badaniu. — Pacyentka podaje, że po zastosowaniu poleconych dyetetycznych przepisów przez kilka tygodni czuła się znacznie lepiej, że jednakowoż od dni kilkunastu stan jej się pogorszył, dokucza jej bowiem bardzo ciężar brzucha, znaczne napięcie powłok brzusznych, trudność w chodzeniu i oddechaniu, a nadto podaje, że w ostatnich dniach brzuch się szybko powiększa.

Przy badaniu widać brzuch znacznie rozdęty, powłoki brzuszne bardzo mocno napięte pokryte nader rezległymi świeżymi rozstępami skóry. Obwód brzucha w wysokości pępka 116 centimetrów. Macica rozmiarami odpowiada końcowi ciąży, sięga dnem wyrostka mieczykowatego. Badanie brzucha utrudnione, czuć jednak, że macica około osi podłużnej okręcona brzegiem lewym wypukla więcej lewą połowę brzucha. Chełbotanie bardzo wyraźne na całej macicy. Po stronie lewej macicy i w dnie czuć jakby większą część płodową ale niewyraźnie. Nad spojeniem kości łonowych żadnej części płodowej większej wybadać niemożna, po stronie prawej jednak i poniżej pępka słychać bardzo wyraźnie tętno płodowe. — Część pochwowa smukła ku tyłowi zwrócona, przednie sklepienie balonowato wydęte sięgające próżni miednicy, czuć w niem bardzo małą największą objętością we wchodzie ustawioną, balotującą główkę płodu.

Uwzględniając okoliczność, że główka płodu przez badanie wewnętrzne wykazana jest nader małą, a część druga

płodowa większa w dnie macicy znaleziona zbyt daleko od główki leży, aby mogła temuż samemu płodowi odpowiadać, przypuszczono prawdopodobną ciążę bliźniaczą. Wobec zaś nadmiernego rozdęcia macicy nieodpowiadającego okresowi ciąży i szybkiego jej wzrostu w dniach ostatnich domyślano się obumarcia jednego płodu z następowym *hydramnios acutum.*

Ponieważ stan pacyentki prócz objawów podmiotowych był zresztą wcale znośny postanowiono obserwować ją dalej.

Już 23-go sierpnia poczęła się czuć niedobrze, żaliła się na silny ból głowy a na drugi dzień wystąpił stan gorączkowy.

Ciepłota ranna 37·6 wieczorem 39·0. Mąż lekarz podachorej 1 gram chininu.

25-go rano 37·6 wieczorem 39·0
26 go „ 36·8 „ 39·4.

Znów mąż podał 1 gram chininu, i zawezwał mnie ponownie.

27-go rano 38·8 w poł. 39·7 wieczorem 39·8.

Badanie wykazuje lekkie furczenia w klatce piersiowej zresztą nic osobliwego, co też stwierdzili wezwani do narady lekarze chorób wewnętrznych kol. P. i S.

28-go Ciepł. rano 39·2, w poł. 39·8, wiecz. 39·8.

Nieżyt oskrzelowy suchy, wyraźne kruczenie nad kiszką ślepą, od czasu do czasu lekkie ściągania macicy. Lewy róg macicy wypukla kopułowato bardzo znacznie lewą okolicę nadpępkową. W moczu chlorków brak.

29. Ciepł. rano 39·7 w poł. 39·6 wieczór 40·2.

Stan jak dnia poprzedniego — przypuszczono po naradzie dur brzuszny.

30. Ciepłota rano 39·5.

Chora żali się na częste ściągania macicy, niespokojna, leży przeważnie na boku, duszność. O godzinie 2-giej po południu wystąpiły wyraźne bóle porodowe, poczem zaraz pękł pęcherz i odpłynęła obfita ilość wód płodowych. O 4-tej popołudniu urodził się syn żywy niedonoszony, 38 ctm. długi,

1500 grm. ważący. Brzuch znacznie zmalał macica, jednak sięga dnem niewiele niżej, znacznie jeszcze rozdęta, wypuklenie brzucha nad pępkiem po stronie lewej pozostało niezmienione. Przerwa 20-minutowa w bólach porodowych, poczem czuć w ujściu zewnętrznem napinający się gruby drugi pęcherz płodowy a za nim niewyraźną część płodową większą. Po ułożeniu rodzącej na bok przebito pęcherz płodowy, poczem odpłynęło conajmniej około 10 ciu litrów wód płodowych czystych, jednakowoż od wód płodu pierwszego ciemniej zabarwionych. Syn nieżywy takichsamych co pierwszy rozmiarów. Przyskórek lekko zmacerowany daje się palcem w płatkach złuszczać.

Macica kurczy się bardzo dobrze, w pół godziny odeszło łożysko dobrowolnie.

Wieczorem tego dnia ciepłota 38·6. Stan ogólny zadawalniający. Bolesność w okolicy kiszki ślepej.

31 go stan bezgorączkowy — poty, zwolnienie tętna.

1-go wieczorem ciepłota 38·6.

W następnych dniach bolesność w okolicy kiszki ślepej — stan bezgorączkowy, tętno spokojne, przebieg połogu prawidłowy.

Nadmienić mi tu wypada, iż jak się wiele później od męża dowiedziałem, pacyentka ma okazywać przy nasadzie nosa na skórze guzek naczyniakowy wielkości łebka od szpilki.

Łożysko bliźniacze całkowite wraz z błonami wszystkiemi stanowi jeden krążek o średnicy w jednym kierunku 18, w drugim 22 centim. W przegrodzie między jajami dokładnie można odnaleść dwie blaszki kosmówki i dwie owodniej. — Grubość łożyska jak zwykle — całość odpowiada wielkością rozwojowi płodów. Część łożyska, która należała do płodu żywego nieco większa pępowina w jej środku uczepiona. Część łożyska płodu nieżywego nieco mniejsza ale zato grubsza, pępowina przyczepia się do błon mniej-więcej na 4 centim. od brzegu łożyskowego. Od miejsca jej przyczepienia odchodzą ku łożysku dwa naczynia mocno

krwią napełnione, pod owodnią przebiegające kolisto i obejmujące przestrzeń małej dłoni. — W pierwszej chwili łożysko nie zdawało się okazywać nic osobliwego, dopiero po dokładniejszem oglądaniu można się przekonać, że między wyż opisanemi kolisto przebiegającemi naczyniami leży płaska wypukłość. Miejsce to w dotyku o wiele zbitsze aniżeli reszta łożyska. Na powierzchni zewnętrznej nie widać nigdzie braku, tu i owdzie tylko nieliczne miejsca jaśniejsze, szaro-żółtawo zabarwione, zresztą zabarwienie prawidłowe.

Wzmiankowana płaska wypukłość, okazuje na przekroju zbity lśniący, zrazikowaty z otoczenia łatwo się wyłuszczający guz ciemno wiśniowo zabarwiony, wielkości rozpłaszczonego orzecha włoskiego. Utkanie sąsiednie ma wejrzenie prawidłowe. — Nacinając łożysko równoległemi cięciami odnaleziono w obu łożyskach liczne guzki od wielkości prosa do wielkości orzecha leszczynowego, jużto pod owodnią, jużteż pod zewnętrzną powierzchnią łożyska leżące, jużteż wreszcie w środku grubości łożyska położone.

Preparat przechowano do badania w 1% rozczynie formalinu.

Skrawki mikrotomowe z największego guza barwione w haematoksylinie i eozynie okazują utkanie naczyniakom właściwe. Naczynia o ścianach nader cienkich, jedno obok drugiego ułożone przylegają szczelnie do siebie, a w wielu miejscach tylko jednowarstwową przegrodę między niemi rozróżnić można. Światło naczyń wypełnione ciałkami krwi. W częściach guza przybrzeżnych przegrody międzynaczyniowe grubsze we włókna tkanki łącznej bogatsze. Komórki okazują cechy zmian śluzakowych. Cały guz obejmuje otoczka prawie jednolicie utworzona z obumarłych kosmków istotą bezpostaciową ze sobą pozlepianych. Warstwa ta nie barwi się, tylko tu i owdzie leży jedno lub drugie jądro zabarwione, gdzieniegdzie zabarwiona resztka charakterystycznego przybłonka kosmkowego. Kształt i ugrupowanie, resztki barwiącego się przybłonka dowodzą, że mamy z przekrojami obumarłych kosmków do czynienia. W warstwie tej guz ota-

czającej można było odnaleść miejsca, gdzie leży kosmek prawidłowo wyglądający nie obumarły, który przechodzi bezpośrednio w utkanie nowotworowe i stanowi z nim jedną całość.

Guzki mniejsze okazują na skrawkach teżsame zmiany. Na skrawkach mikrotomowych ciętych z części otaczających guzki, które okazywały na przekroju wejrzenie prawidłowe utkania łożyskowego, napotykamy między przekrojami kosmków o prawidłowej budowie, kosmki jużto cieńkie jużteż częściej grubsze o budowie nieprawidłowej. Wyraźne *sincitium* i warstwa Langhansa nie pozostawiają żadnej wątpliwości, że mamy przekrój kosmka przed sobą, utkanie wewnętrzne okazuje nadmierne pomnożenie naczyń ciałkami krwi wypełnionych. W innych znów kosmkach w wewnętrznem utkaniu widzimy naciek drobnokomórkowy.

Porównając skrawki ze sobą przychodzi się do przekonania, że guz pierwotnie opisany jest zlepem nadmiernie zgrubiałych naczyniakowato zmienionych kosmków, które na brzegu okazują tylko bezpostaciową warstwę, powstałą skutkiem przeobrażenia *sincitium* i warstwy Langhansa przez sprawę zapalną. — Że sprawa zapalna odgrywa tu rolę, przemawia zatem okoliczność, że koło guzów wszędzie mamy otoczkę złożoną niewątpliwie z kosmków obumarłych istotą bezpostaciową otoczonych i pozlepianych, które to zmiany pochodzenie zapalne zdradzają, a nadto napotykany w kosmkach odosobnionych a także i w guzie pierwotnym naciek drobnokomórkowy. — Sprawa ta zapalna zdaje się być niewątpliwie następową, widzimy jej ślady bowiem albo w guzie, albo w tych kosmkach, które okazują wybitne zgrubienie, nie spostrzegamy jej jednak tam, gdzie kosmki prawidłowej grubości, chociaż okazują wewnętrzne pomnożenie naczyń.

Z obrazów tych wynika, że sprawa naczyniakowa powstaje w kosmkach i do nich się ogranicza, że zatem jest pochodzenia płodowego a zmiany zapalne są następowemi.

Wobec okoliczności, że w całem łożysku bliźniaczem znaleźliśmy rozsiane guzki zupełnie o tejsamej naczyniako-

watej budowie co guz pierwotnie spostrzeżony, że w całem łożysku, t. j. i w częściach o wejrzeniu prawidłowem widzimy bardzo gęsto rozsiane pojedyncze kosmki okazujące rozpoczynające zwyrodnienie nowotworowe, nie możemy w niniejszym przypadku mówić o guzie nowotworowym łożyska, ale raczej o zmianie rozległej całego łożyska a względnie kosmówki.

Pod koniec muszę podziękować jeszcze Dr. Alinowi za uprzejmość z jaką mi nietylko swoje prace ale i wspaniałe preparata swoich przypadków nadesłał, które mi miłą pamiątką pozostaną.

3) Kol. Przewodniczący i kol. Rosner przedstawiają na członka czynnego Tow. kol. Milewskiego.

4) Kol. Rosner przedstawił preparat ciąży zamacicznej uzyskany przez laparotomię i opowiedział historyę tego przypadku.

Dotyczył on osoby l. 42 liczącej, która odbyła 11 porodów a ostatni przed 15 miesiącami, karmiła a mimo to już w 4 miesiącu pojawił się peryod i powtarzał się regularnie do sierpnia b. r poczem ustał. Następnie miały wystąpić silne bóle dołem i osłabienie. Lekarz wezwany uznał przypadek za bardzo ciężki i trudny co do rozpoznania (skłaniał się najwięcej do rozpoznania: *retroflexio uteri grav. incarcerata*) i polecił chorą przenieść do kliniki. Tu badanie wykazało: znaczną niedokrewność, guz nad spojeniem bardzo bolesny, część pochwową twardą, jama Douglasa wypełniona przez guz, sklepienie tylne zepchnięte aż do cieśni, robi to wrażenie rzeczywiście *retroflexcio uteri gravidi*, lecz dokładniejszem badaniem w uśpieniu stwierdza się znaczną anteversyę macicy, sonda wykazuje, że błona śluzowa macicy jest nierówna. Rozpoznano: *Haematocele retrouterina, graviditas extrauterina?*

Leczenie zastosowano wyczekujące póki nie minął stan ostry, poczem zastosowano możliwe leczenie mające na celu wessanie, co z początku szło pomyślnie, poczem po kilku tygodniach już skutku leczenie nie wywierało, a badanie wykazało w zatoce Douglasa guz elastyczny nie mający cech wypociny. Chora zrazu chce wyjechać, chociaż zaproponowano jej operacyę, nareszcie się decyduje. Przed 4 dniami laporotomia. A priori przewidywano trudności. Po otwarciu jamy brzusznej widać tylko nie wiele guza nad spojeniem, reszta w zatoce Douglasa. Na pierwsze wejrzenie widać zrosty rozległe z jelitami i z macicą, są to jednak luźne zlepy, które łatwo oddzielono i wyłonił się

guz wielkości główki 7-miesięcznego płodu uszypułowany. Trąbka od strony macicy dosyć prawidłowa, jajnik mocno wydłużony, stanowi część ściany guza. Guz odcięto podwiązując każde naczynie osobno. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Bliższe badanie preparatu okazuje, że nie mamy do czynienia ani z pęknięciem trąbki, ani z *abortus tubarius*, a krwotok był do wnętrza trąbki, która mocnemu uległa rozszerzeniu. W środku guza znaleziono dużo skrzepów i nareszcie płód dobrze zachowany 2 miesięczny. Przypadek ten jest ciekawy ze względów rozpoznawczych.

W dyskusyi zabierali głos koledzy:

Kol. M a r s przypomina sobie przypadek z kliniki Olshausena przedstawiony przez Rugego, który twierdził, że mamy do czynienia ze zwykłym krwiakiem. Veit zaś twierdził, że to jest ciąża zamaciczna i rzeczywiście Veit wykazał budowę kosmkową, która w razie zaniku płodu jest rozstrzygającą. Że ten przypadek tak przebiegał i że nie nastąpiło pęknięcie, pochodzi może stąd, że ciąża wczesna w okresie gdzie łożysko jeszcze nie wykształcone, a ściany jednostajnie bywają rozszerzone.

Kol. R o s n e r wspomina, że są różne zapatrywania co do zachowania się ścian trąbki przy obecności w niej jaja. Trzebaby przyznać, że trąbka nie jest cieńsza, lecz że jest grubszą. Wszak Saenger twierdzi, że ściany trąbki się kurczą np. przy *abortus tubarius*, gdy Martin twierdzi, że ściana zachowuje się biernie.

Kol. M a r s zaznacza, że istotnie zdania kol. Rosnera nie stoją w sprzeczności z tem co powiedział, sądzi jednak, że miejsce łożyskowe zawsze musi być cieńsze i tam pęknięcie łatwiej następuje (przypadek Jordana) gdy w małem jaju łożyska nie ma, a zatem i ścieńczenia ograniczonego.

5) Kol. R o s n e r mówił o bliźniętach z jednego jaja.

Dyskusyę nad tym przedmiotem odłożono do przyszłego posiedzenia.

Na tem zakończono posiedzenie.

Posiedzenie z dnia 16 grudnia 1895.

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan. Obecnych członków 7.

Joko gość kol. Prof. Kostanecki.

Porządek dzienny:

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Milewski przyjęty na członka Towarzystwa jednogłośnie.

3) W dyskusyi nad wykładem kol. Rosnera „o bliźniętach z jednego jaja“ zabierali głos:

Kol. Mars uważa wykład za bardzo interesujący a hipotezy za zupełnie rozumowo usprawiedliwione i przemawiające do przekonania.

Kol. Jordan zaznacza, że kilka punktów wykładu jest niejasnych i prosi o bliższe wytłomaczenie a mianowicie: *a*) dlaczego mimo dwóch jajek mamy łożysko jedno i *b*) dlaczego mimo, że płody tej samej płci powstają dlatego, że warunki, w których się rozwijają są takie same, to przecież rozwój ich jest często tak różny, a nieraz jeden płód jest poliamniotyczny a drugi oligoamniotyczny.

Kol. Rosner w odpowiedzi zaznacza, że łożysko najczęściej tworzy się tam, gdzie komórka najlepiej odżywiać się może, a najwcześniej ma to miejsce tam, gdzie jest serotina, a więc też na tem się oba tworzą i ze sobą stykają.

Co do płci, to hypoteza, że jednakowe warunki dają jednakową płeć, zawsze jest lepsza, niż przyjmowanie, że płeć już z góry jest w jajku oznaczona. W późniejszym czasie rozwoju warunki te mogą się zmienić i płód jeden może rozwijać się na niekorzyść drugiego, lub ze szkodą drugiego, gdy płeć zaznacza się bardzo wczas i już wtedy jest wyróżniona. Krążenie trzecie jest tego dowodem, że jeden płód przy zmianach w parciu naczyniowem może zabierać drugiemu część pożywienia tj. pewien powiat łożyska.

Kol. Prof. Kostanecki zgadza się z wywodami kol. Rosnera i daje jeszcze jeden dowód na to, że ciąża bliźniacza z jednego jaja jest nieprawdopodobna.

Przedstawia prelegent, w jaki sposób odbywa się zapłodnienie w normalnych warunkach.

Do wnętrza jajka wnika jeden spermatozoid i tam łączy się z jądrem jaja, poczem jajo wydaje ze siebie błonę, a więcej

spermatozoidów dostać się nie może przez nią; jeżeli zaś jest inaczej, to w takim razie pierwoszcze jajka nie jest zdrowe i zdrowego zarodka wytworzyć nie może. Wiadomo, że jądra tak jaja, jak i spermatozoidu podczas zapłodnienia dzielą się za pomocą karyokynezy, mają w sobie hromatynę, z których powstają pętle hromatynowe. Po złączeniu się jądra plemnika z jądrem jaja komórka ta nowa ma u człowieka 24 pętli hromatynowych. Przypuściwszy, że jajko ma dwa jądra, to wtedy jeden plemnik musiałby zapłodnić oba, a wtedy miałoby każde 18 pętli chromatynowych, to i twór mający z tego powstać musiałby być inny. Wiadomo, iż plemnik wprowadza za sobą do jajka tak zwane centozoom, który się dzieli i układa na dwóch przeciwległych biegunach jaja a między tem są owe pętle hromatynowe. Otóż, gdyby jeden plemnik miał zapłodnić dwa jądra, to musiałby wytworzyć cztery centozomy, co jest niemożliwe. Dwa plemniki zapładniające jedno jaje nie mogą wydać zarodka zdrowego, bo wtedy musiałby mieć ten zarodek 36 pętli chromatynowych. U ptaków polyspermia jest znana i tę uważają zwolennicy teoryi bliźniąt z jednego jaja za swoją broń, ale i tam tylko jeden plemnik zapładnia. Jeżeli u ptaków są dwa zarodki w jaju, to prowadzą zwykle do potworów.

Kol. Rosner musi stwierdzić, że kol. Prof. Kostanecki brał żywy udział w powstawaniu tych hypotez, że one powstały po dłuższej z Nim w tej kwestyi dyskusyi i dziękuje mu za wyjaśnienie sprawy swemi dowodami.

4) Kol. Rosner przedstawił ciekawy okaz łożyska bliźniaczego, gdzie błony jednego jaja wpukliły się w drugie. Tłómacząc powstawanie tego rodzaju łożyska kol. Rosner wspomina, że podobne stosunki świadczyćby mogły o „superfoetacyi“.

Kol. Mars przypomina sobie, że czytał o podobnych jajach, a autor tłómaczył w owym przypadku stosunek błon różnicą w ilości wody płodowej obydwóch jaj, że owodnia jednego jaja może tworzyć fałd i zagiąć się po raz drugi tworząc nową warstwę błon.

Kol. Kostanecki zaznacza, że choćbyśmy nie przyjmowali superfoetacyi, to już okoliczność, że jedno jajo później dostało się do macicy mogła podobne stosunki wytworzyć i na odwrót stosunek taki przemawia za tem, że jedno jajo dostało się później do macicy.

5) Kol. Mikucki w zastępstwie kol. Rydygiera przedstawił dwa preparaty anatomiczne uzyskane drogą laparotomii tj. cystę dermoidalną, w której znajduje się pęk włosów w formie warkocza i z włókniaka torbielowo zwyrodniałego.

6) Kol. Świtalski przedstawił 4 preparaty anatomiczne macic, które pękły podczas porodu, zebrał też przypadki z kliniki i szpitala z ostatnich 10 lat (19) i wyciągnął odpowiednie wnioski co do etyologii pęknięć, ich kierunku, co do rokowania i sposobu leczenia.

Okazał też miednice kostne z dwóch przypadków, w których nastąpiło pęknięcie.

Kol. Rosner sądzi, że wyniki leczenia, czy to zachowawczego, czy też operacyjnego, są dlatego złe, że wszystkie te przypadki dostają się ze wsi zaniedbane i w chwili, gdy już zakażenie istnieje. Że obrażenia, rany macicy dadzą się wyleczyć, na to są dowody. Wszak L. Vait wspomina o przebiciu macicy sondą i przetokach macico-brzusznych, dłużej trwających bez szkody.

Kol. Mars zaznacza, że sprawa ta jest bardzo ważna, że dyskusya jest bardzo ciekawa i może zająć nie jedno lecz kilka posiedzeń.

Kol. Jordan mówił o przedwczesnem odklejeniu łożyska podczas ciąży, a wywody swe oparł na statystyce 5-ciu przypadków w ostatnich 2½ latach w klinice obserwowanych. Objawy przy tem powikłaniu są niepokojące, stan ogólny chorych przypomina pęknięcia macicy.

Co do przyczyny, to prelegent nie mógł nic pewnego w wywiadach uzyskać w 2 przypadkach, w jednym przypadku mogło dać powód nadużycie wyskoku, upicie się, w 1 upadnięcie, w 1 kopnięcie. Trzy przypadki odnoszą się do wczesnych miesięcy. Dwa ostatnie są najciekawsze, a odnoszą się do środkowych miesięcy ciąży. Szczególnie ostatni jest ciekawy ze względów rozpoznawczych. Osoba ta przez dłuższy czas krwawiła miernie. Przy pierwszem badaniu wykazano dziwny kształt macicy. Macica była wyraźnie dwurożna a róg prawy znacznie wyższy. Przy badaniu można było wykazać, że róg ten się kurczy. Płodu nie można było wybadać. Rozpoznano z prawdopodobieństwem *graviditas intersticialis, aut fibroma in gravida.* Osoba ta krwawiła dalej, a kiedy się zgłosiła do kliniki badanie wykazało wprawdzie, że macica ma kształt jak dwurożna, ale było to nie tak wybitne. Rozpoznano teraz ciążę i krwotok wewnętrzny. Macica dalej się powiększała i można w niej było czuć miejsca twardsze. Ostateczne rozpoznanie brzmiało: *Graviditas molaris hydatidosa.* Poniaważ stan ogólny ciężarnej był zły, przeto przystąpiono do rozwiązania, co było nie łatwą rzeczą wobec tego, że część pochwowa była długa.

Zastosowano rozszerzadła Hegara, poczem można było wybadać w dolnym odcinku macicy ciało miękkie soczyste, gładkie, to były skrzepy, które przez ucisk wygnieciono, a potem można było dojść do jaja i do płodu 4-miesięcznego, które leżało w rogu. Macica teraz miała kształt normalny. Założono balonik Tarniera Nr. 4 i obciążono; potem Nr. 5. To było rano. Wieczór wyjęto balon i otwarto pęcherz. Stawiły się pośladki. Rano dopiero z trudnością wyjęto płód kawałkami i łożysko kleszczykami.

Drugi przypadek był podobny, a i postępowanie również i tylko podczas rozwiązania wykonano nacięcie metodą Dührsena.

Co się tyczy rozwiązania, to ważną rzeczą jest uważać, jak się zachowują kurcze macicy, jeżeli bóle słabe, to nie należy otwierać pęcherza, jeżeli silne, to wtedy można otworzyć. Prelegent zachęca w podobnych razach do użycia pęcherzyków Tarniera, które mu dobre oddały usługi.

Na tem posiedzenie zakończono.